

ROBERT FAYOT

233

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
PROLAPSUS GÉNITAUX

chez LOUIS ARNETTE, libraire à Paris

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
PROLAPSUS GÉNITAUX

ROBERT FAYOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

PROLAPSUS GÉNITAUX

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153722_0009

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur F. LEGUEU

Professeur de Clinique urologique à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

En témoignage de profonde reconnaissance et de respectueuse admiration.

A MON MAITRE

M. le Professeur P. SEBILEAU

**Professeur honoraire de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté**

**Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur**

A MON MAITRE

M. le Professeur H. HARTMANN

Professeur honoraire de Clinique chirurgicale à la Faculté

**Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur**

A MON MAITRE

M. le Professeur J.-L. FAURE

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

M. le Docteur G. LABEY

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

M. le Docteur G. PICOT
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau
Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

M. le Docteur RUDAUX
Accoucheur honoraire de la Maternité
Officier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

M. le Docteur A. BERGERET
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

M. le Professeur H. HARTMANN.

M. le Professeur ACHARD.

M. le Professeur F. BEZANÇON.

Externat

M. le Professeur P. DUVAL

M. le Docteur L. FOURNIER (*in memoriam*).

M. le Docteur SOUQUES.

M. le Docteur H. DUFOUR.

M. le Docteur PAPILLON.

Internat provisoire

M. le Docteur G. MAILLARD.

Internat

1928. — M. le Professeur P. SEBILEAU.

1929. — M. le Professeur H. HARTMANN.

1930. — M. le Docteur G. LABEY.

1931. — M. le Professeur J.-L. FAURE.

M. le Docteur G. PICOT.

1932. — M. le Professeur F. LEGUEU.

A MM. les Professeurs agrégés ALAJOUANINE, B. FEY.

A MM. les Docteurs L. BAZY, J.-CH. BLOCH, BOPPE,
SOUPAULT.

A MM. les Docteurs A. BARBÉ, DARRÉ, DESNOYERS,
DOUAY, J. RAVINA.

A MM. les Docteurs P. DELAFONTAINE, J. MEILLÈRE,
J. PÉRARD.

AVANT-PROPOS

Peu d'affections chirurgicales ont suscité autant de conceptions pathogéniques, autant de procédés opératoires que les prolapsus génitaux : il s'agit d'une infirmité dont la thérapeutique s'avère difficile si l'on en croit les travaux nombreux, souvent contradictoires qui traitent de cette question. Si la plupart des techniques préconisées donnent des résultats immédiats satisfaisants, les suites lointaines prennent parfois leur revanche par une récurrence partielle ou même un échec total.

Nous avons insisté au cours de ce travail sur le rôle considérable du terrain dans la genèse des prolapsus : la chute de l'appareil utéro-vaginal est commandée non seulement par l'atonie et la flaccidité de la musculature périnéale, mais par la fragilité des ligaments utérins et de la gaine hypogastrique. Que vaudra l'intervention chirurgicale la mieux conduite, si les tissus réparés n'ont pas la vitalité suffisante pour s'opposer aux efforts quotidiens ?

*
* *

Pour fréquente qu'elle soit, cette diathèse tissulaire ne saurait excuser toutes les récurrences ; le chirurgien consciencieux, non satisfait d'attribuer son échec à la constitution déficiente du sujet analysera les étapes successives de son intervention : la colporrhaphie antérieure a-t-elle été suffisamment étendue ? La périnéorrhaphie

fut-elle une solide myorraphie des releveurs et non pas une simple réfection superficielle ?

En préconisant la colpopérinéorraphie dans le traitement des prolapsus partiels, nous n'avons pas la prétention de faire œuvre de novateur. Nous voulons simplement montrer que cette opération fondamentale s'applique à tous les prolapsus incomplets : en bénéficieront non seulement les formes caractérisées par une cystocèle et un abaissement utérin manifestes, mais aussi les prolapsus légers, à peine ébauchés, dont l'acuité des troubles fonctionnels contraste souvent avec la discrétion des lésions anatomiques.

Nous reprenons les temps opératoires de la colpopérinéorraphie : certains points mis en relief ont l'avantage de conférer à notre technique sinon un caractère original du moins la précision et l'efficacité.

Quant au prolapsus total de la femme âgée, il est selon nous justiciable de l'hystéro-colpectomie subtotale.

On peut s'étonner à juste titre que cette opération logique, relativement bénigne, n'ait presque jamais été pratiquée. Pour cette raison, il ne nous a pas semblé inutile d'en poser les indications exactes et d'en décrire les phases opératoires,

*
* *

Notre maître, le D^r BERGERET est l'inspirateur de ce travail. Grâce à la riche documentation qu'il nous a fournie nous avons pu revoir personnellement la plupart de ses opérées et apprécier une technique dont la valeur se justifie par la qualité des résultats obtenus.

Au seuil de cette étude, nous lui exprimons notre fidèle attachement pour sa bienveillance inlassable et pour l'enseignement chirurgical qu'il nous a inculqué,

HISTORIQUE

Depuis JOBERT DE LAMBALLE qui rétrécissait le vagin en avivant deux rectangles sur sa paroi antérieure pour les suturer l'un à l'autre, depuis GÉRARDIN de Metz qui en 1823 réunissait après avivement les parois vaginales au niveau de l'orifice vulvaire, il semble bien que les véritables tentatives chirurgicales destinées à lutter contre le prolapsus datent de NEUGEBAUER en 1867 : ce chirurgien réduisait l'utérus, avivait les parois du conduit vaginal, les suturait l'une à l'autre très au-dessous du col et obtint ainsi 10 succès sur 11 interventions.

En France, le Pr LE FORT ignorant sans doute l'opération de NEUGEBAUER, publie en 1877 son procédé de cloisonnement du vagin qui devait tour à tour connaître la fortune puis l'abandon ; attirant l'utérus à la vulve, LE FORT faisait un avivement médian et étroit des parois vaginales, puis suturait l'un à l'autre les deux rectangles avivés : ce mince cloisonnement devait dans l'esprit de l'auteur s'appliquer à tous les cas de prolapsus et permettre le coït et l'accouchement.

Malgré les succès rapportés par HICQUET, ZANCAROL et PANAS, cette opération fut violemment attaquée à la Société de Chirurgie : DESPRÈS et VERNEUIL lui contestaient le pouvoir de guérir un prolapsus : TILLAUX prétendait que le procédé de Le Fort n'empêchait point

l'utérus de faire hernie par une des gouttières latérales du vagin et lui préférerait la vulvorraphie par dédoublement des grandes lèvres et suture médiane.

En 1881, EUSTACHE reprenait le cloisonnement du vagin, élargissait les surfaces d'avivement et obtenait 5 succès sur 5 opérées ; dès lors, l'opération ne pouvait s'adresser qu'à des femmes ayant franchi la ménopause. En 1889, ANDRÉ rapporte dans sa thèse les 29 cas opérés par son maître Le Fort, cependant qu'à l'étranger FANNY BERTIN, SOKOLOFF, TAFT publient leurs succès.

Le cloisonnement élargi qui supprimait en quelque sorte la cavité vaginale fit envisager des interventions plus mutilantes que par le passé. Dès 1889, FRITSCH pratique son hystéro-colpectomie ; reprise en France par CHAPUT puis par Pozzi, cette opération n'entra point dans la pratique courante : il est vrai qu'à cette époque l'hystéro-colpectomie s'affirmait plus grave qu'elle n'est aujourd'hui : la désinfection utéro-vaginale se montrait-elle insuffisante, le repos et les soins antiseptiques n'étaient-ils point suffisamment observés ? Bref la mortalité s'avérait assez élevée : Chaput perdant une malade par ce procédé en 1894 abandonnait l'hystéro-colpectomie au profit de la colpectomie totale ou subtotale : après résection du col, le vagin était suturé à la muqueuse cervicale ; on terminait par une colpoperinéorraphie. FOLET apportant à cette technique une légère variante pratiquait la colpectomie subtotale sans suturer le vagin à la muqueuse du col et tamponnait le conduit vaginal avec de la gaze.

Mais en présence d'un utérus extériorisé qui s'offrait pour ainsi dire au bistouri, il était naturel de songer à l'hystérectomie vaginale. PATTERSON et CORRADI, en 1876, HAHN en 1877, avaient déjà utilisé ce procédé contre des prolapsus totaux. En 1880, KALTENBACH et MARTIN enle-

vaient la matrice dans des prolapsus contre lesquels tous les autres moyens avaient échoué. En France, RICHELOT faisait pour la première fois une hystérectomie vaginale sur une matrice complètement prolabée et constatait une récédive complète deux mois après : on réopéra la malade par la technique de Le Fort. En 1889, TERRILON apportait un nouveau cas d'hystérectomie vaginale pour prolapsus : GOULLIoud vers 1891 en faisait autant ; deux ans plus tard, QUÉNU présentait une série de 5 malades traitées par l'hystérectomie vaginale : il en faisait l'opération de choix chez les femmes âgées atteintes de lésions annexielles, à la condition cependant d'y ajouter une colporraphie complémentaire pour combattre la cystocèle et la rectocèle ; l'intervention devait se terminer par la suture du moignon vaginal aux ligaments larges rapprochés sur la ligne médiane.

Entrevue par Quénu, la colporraphie marquait une date dans la thérapeutique des prolapsus et allait ouvrir des horizons nouveaux.

C'est en 1896 que BOUILLY, insistant sur l'importance capitale des éléments de soutien dans la statique de l'utérus et du vagin, préconise la colporraphie antérieure, la colpopérinéorraphie postérieure avec amputation élevée du col : au dire de son auteur cette intervention devait suffire dans tous les cas de prolapsus. Pour TERRIER, l'hystéropexie devint le temps fondamental, la colpopérinéorraphie faite quelques jours après la fixation de l'utérus n'était qu'un acte complémentaire.

Peu à peu, la colpopérinéorraphie se précisa, puis se vulgarisa : en 1899, ZIEGENSPECK ajoute à cette technique une notion de première importance, la myorraphie des releveurs qu'il pratique en suturant les muscles par leurs bords. Mais en 1922, PROUST et DUVAL décrivant la technique de la myorraphie insistent sur la nécessité

d'adosser les releveurs par leurs faces ; cette coaptation musculaire ainsi comprise répond à trois desiderata :

— Aplatissement du vagin et refoulement en avant de sa paroi postérieure.

— Fixation et tension du vagin en position haute.

— Constitution d'un noyau musculaire au-dessous de l'extrémité inférieure du Douglas.

La colpopérinéorraphie, suffisante dans les prolapsus partiels ne pouvait s'appliquer aux formes totales dont la cure par l'hystérectomie vaginale ou l'hystéro-colpéctomie n'avaient pas toujours donné les résultats espérés. En 1906, Savariaud fait connaître en France la colpéctomie totale avec exclusion de l'utérus, opération que MULLER préconisait déjà sept ans auparavant.

A la même époque, l'interposition vésico-vaginale de l'utérus était publiée par WATKINS en Amérique : inciser la muqueuse vaginale sur la face antérieure du col abaissé, séparer la vessie du vagin puis de la face antérieure de l'utérus, basculer le corps de la matrice en avant à travers l'ouverture du cul de sac vésico-utérin, fixer le fond de l'utérus dans la brèche de la paroi vaginale antérieure, terminer enfin par une colpopérinéorraphie, telle était l'opération de Watkins que WERTHEIM modifiait légèrement quelques années plus tard en saturant les faces latérales de l'utérus aux bords des releveurs et que SCHAUTA transformait en plaçant l'utérus hors du vagin pour réaliser la véritable interposition utérine.

De 1908 à 1913, MARTIN, VIOLET, ABADIE font connaître en France l'interposition de l'utérus : Abadie bascule la matrice en avant et suture les ligaments ronds aux releveurs.

Très employée à l'étranger, l'interposition utérine reçut en France un accueil réservé ; on la trouvait diffi-

cile et d'une complexité hors de proportion avec le but qu'elle se proposait d'atteindre.

En 1913, l'opération de Le Fort un moment délaissée retrouve la faveur des chirurgiens ; le P^r LEJARS insiste sur les avantages du cloisonnement élargi du vagin ; le P^r J. L. FAURE décrit cette intervention dans son *Traité de Gynécologie* et s'en déclare très partisan ; le P^r HARTMANN en reprend la technique dans sa Gynécologie opératoire.

Il serait fastidieux d'énumérer tous les travaux qui ont traité des prolapsus génitaux au cours des années d'après guerre : en 1920, l'hystéro colpectomie est reprise par LAPOINTE dans la thèse de BRÉTÉGNIER et par DESMAREST dans la thèse de son élève DELIVER ; cette opération est défendue par Lapointe à la Société de Chirurgie, mais SAVARIAUD lui préfère le procédé de Muller qui, dit-il, donne à moins de frais le même résultat : dans sa thèse, JACOB publie 81 opérations de Muller avec 80 succès.

L'opération de Le Fort fait l'objet d'un article de COTTE et CREYSSSEL en 1922, cependant que NORA, SABADINI, CAFFEAU, CREMER lui consacrent leur thèse, et qu'en Suisse BERNARD écrit en 1927 un chaud plaidoyer en sa faveur : en Amérique, ALTHABE fait du cloisonnement du vagin l'opération de choix dans le prolapsus utérin des vieilles femmes.

Mais la colpectomie ne se tient pas pour battue : en 1925, DUJARIER et LARGET reprennent la technique de la colpectomie totale avec exclusion de l'utérus. Au Congrès de Chirurgie de 1923, Dujarier se fait le défenseur de ce procédé et publie ses résultats.

Enfin l'interposition de l'utérus vulgarisée en France par COTTE et DE ROUGEMONT continue d'être couramment pratiquée à l'étranger : DAMM en Scandinavie,

JEFF MILLER, PHANEUF, BAER et REIS en Amérique en font le procédé de choix chez les femmes ménopausées et atteintes de grosse cystocèle : la colpopérinéorrhaphie postérieure doit être faite à titre complémentaire pour reconstituer un corps périnéal solide.

En 1931, SCHWARTZ et HUARD font une étude du prolapsus génital et précisent les indications opératoires applicables à chaque cas.

*
* *

Assez éloquent par lui-même, ce rappel historique nous prouve que la question des prolapsus génitaux est depuis fort longtemps discutée : de toutes les techniques mises au jour, les unes sont délaissées, les autres attendent encore la sanction de l'avenir.

Le but de ce travail sera d'approfondir les causes et le mécanisme intime des prolapsus, d'assigner au rôle du terrain sa juste part dans la pathologie des lésions, enfin de préciser les indications qui vont permettre d'opposer à chaque cas une technique opératoire rigoureuse.

ÉTUDE ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DU PÉRINÉE

Pour saisir le mécanisme des prolapsus génitaux, il est indispensable de donner un aperçu anatomique et physiologique qui analyse les connexions utérines, puis les moyens de suspension et les éléments de soutien de l'appareil utéro-vaginal.

Les connexions utérines

Le corps utérin, ovoïde mobile dans la cavité pelvienne, offre vis-à-vis des organes qui l'environnent de simples rapports de contiguïté : il oscille en tous sens autour d'un point fixe, le col utérin ; celui-ci, encastré dans l'insertion oblique du vagin, présente du fait de cette obliquité une lèvre postérieure plus longue que la lèvre antérieure : mais, au toucher vaginal, la lèvre antérieure se présente la première en raison de la direction du canal cervical.

En effet, à l'état normal, le col regarde le coccyx, fait un angle presque droit avec l'axe du vagin sur la paroi postérieure duquel il vient en quelque sorte reposer. Cette situation anatomique explique que l'utérus ait peu de tendance naturelle à faire hernie par le conduit vaginal : les efforts, la pression abdominale agissent à l'état normal sur un utérus antéversé et antéflé-

chi : qu'une rétroversion survienne mettant en parallélisme l'axe du col avec celui du vagin et l'utérus pourra pénétrer comme un coin dans le conduit vaginal, réalisant ainsi le rare prolapsus primitif de l'utérus suivi d'inversion vaginale secondaire ; en réalité, et comme nous le verrons, la rétroversion utérine n'est qu'un élément accessoire dans la physio-pathologie des prolapsus en regard de l'importance du déplissement initial du vagin. Ce conduit ne présente pas la même fixité sur tout son parcours ; si son extrémité inférieure est immobilisée par la traversée périnéale, son extrémité supérieure lâche et mobile, participe des moyens de suspension du col utérin ; quant au segment intermédiaire, il répond à la sangle du releveur anal dont nous montrerons l'importance majeure par la fixité et la direction qu'il imprime au canal vaginal.

Si le vagin constitue l'organe le plus important dans l'étude des connexions utérines, il faut cependant insister sur les rapports de l'utérus avec la vessie et le rectum. Comme l'a montré VIOLET, la base vésicale est soutenue de façon différente ; sa portion fixe ou trigone de Pawlick est adhérente au vagin ; la deuxième portion située en arrière du muscle interurétéral repose sur les ligaments vésico-utérins et sur le conduit vaginal auquel elle est unie par du tissu lamelleux. « Ce tissu cellulaire lâche se laisse assez facilement dissocier, mais fixe néanmoins assez intimement la vessie à l'utérus et au vagin pour en suivre les déplacements » (GRÉGOIRE).

Le rectum présente avec l'appareil utéro-vaginal des rapports moins intimes : seule sa face antérieure entre en contact avec le 1/3 moyen de la paroi vaginale postérieure ; le 1/3 inférieur de cette paroi répond au triangle recto-vaginal dans lequel se trouve le noyau fibreux central du périnée.

De cette esquisse anatomique doivent se dégager quelques traits essentiels, à savoir :

a) L'intimité des rapports entre utérus et vagin :

Les prolapsus génitaux se caractérisent par le glissement de tout appareil utéro-vaginal, et non par la descente isolée de l'utérus ou du vagin ;

b) La direction bien spéciale du col utérin qui n'est pas dans l'axe du conduit vaginal, mais est perpendiculaire à lui ;

c) Les connexions vésico-vaginales se faisant par l'intermédiaire de tissu conjonctif lâche qui rend la vessie solidaire du déplissement vaginal antérieur.

Les moyens de suspension

On a coutume de dire que le corps utérin est suspendu par six ligaments : les ligaments ronds, les ligaments larges et les ligaments utéro-lombaires ; en réalité, il n'en est rien : les ligaments ronds tendus de l'angle supéro-externe du corps utérin à la région inguinale contribuent à maintenir l'utérus en antéversion ; cette position normale est également due à des facteurs intrinsèques qui sont « la tonicité du tissu musculaire et la réplétion des vaisseaux sanguins » (ROUGET), lesquelles « donnent à la matrice une turgescence qui lui permet de maintenir sa forme et sa dimension propres beaucoup mieux qu'après la mort » (CRUVEILHIER). Si les ligaments ronds étaient d'efficaces moyens de suspension les chirurgiens qui se sont contentés jadis de la ligamentopexie sans la compléter par la myorrhaphie des releveurs pour la cure des prolapsus n'auraient pas compté autant d'insuccès ; les ligaments ronds, de constitution surtout musculaire, de longueur et d'épaisseur variables ne s'opposent en rien au prolapsus utérin lors-

que celui-ci est amorcé ; par ailleurs, leur étirement ou leur minceur n'intervient point dans la genèse des lésions ; nous n'en voulons pour preuve que leur aspect anatomique au cours de certaines rétroversions utérines : souvent élongés, parfois réduits à un assez mince tractus ils ont perdu leur rôle d'organes d'équilibre, mais cette déficience ligamentaire n'entraîne aucune descente de l'utérus.

Il en est de même des ligaments utéro-lombaires, imprécis dans leur anatomie, irréguliers dans leur constitution ; véritables lames porte-vaisseaux des pédicules utéro-ovariens, ces ligaments se dissocient pour se jeter sur le pôle supérieur de l'ovaire, puis sur son pôle inférieur et se continuer ensuite vers l'utérus par le ligament utéro-ovarien. Ils jouent certainement un rôle dans le maintien de l'appareil tubo-ovarien, mais « ne sauraient être utilisés pour rétablir la statique de l'utérus » (GRÉGOIRE).

Quant aux ligaments larges, quelle valeur anatomique et physiologique leur accorder dans la suspension utérine ? Tendus des bord latéraux de l'utérus à la paroi pelvienne, ils offrent en coupe sagittale une forme triangulaire à sommet supérieur sur laquelle il est possible d'étudier la texture musculo-conjonctive de l'organe. On sait que la partie supérieure du triangle n'est qu'un méso-péritonéal renfermant le pédicule tubo-ovarien : ce méso mince et souple ne saurait être un moyen de fixité pour l'utérus ; tout au plus soutient-il l'ovaire et la trompe : son élasticité contribue sans doute à maintenir le fond de la matrice sur la ligne médiane (RIEFEL), mais son rôle dans la statique utérine est infime.

Toute différente est la base du ligament large ou portion la plus élargie du mésométrium ; épaisse et résistante, elle ne participe plus des moyens de suspension

du corps, mais du col utérin dont les bords latéraux sont maintenus par cette trame fibro-conjonctive dense qui constitue la gaine hypogastrique : celle-ci joue dans la statique du col utérin un rôle, sinon primordial, du moins d'importance majeure sur lequel, à l'encontre de certains auteurs, nous nous proposons d'insister.

La gaine hypogastrique est formée par du tissu cellulaire occupant l'espace compris entre la paroi pelvienne latérale, la séreuse péritonéale et le releveur anal recouvert par l'aponévrose pelvienne : dans cet espace, ce tissu se différencie peu à peu, prend le caractère de tissu conjonctif, contient dans son épaisseur des lobules graisseux « dont la fonte en cas d'amaigrissement fait disparaître la dernière barrière qui s'opposait à certains prolapsus » (VIGNES) ; il contient également des fibres musculaires lisses déjà signalées par CRUVEILHIER et dont ROUGET et SCHULTZE ont souligné l'importance fonctionnelle. Mais au fur et à mesure qu'il se rapproche des parois latérales du col utérin, ce tissu cellulaire se condense en faisceaux, se stratifie, perd ses lobules graisseux » s'agence en gros tractus fibroïdes » autour des pédicules vasculaires auxquels il constitue de véritables lames porte-vaisseaux. Cette gaine hypogastrique s'épaissit donc et atteint son maximum de développement au pourtour du col, là où les vaisseaux utérins se rassemblent en pédicule. « Et qu'on n'oublie pas que ces vaisseaux, ce tissu cellulo-fibreux intimement unis entre eux, adhèrent aussi étroitement au col utérin et aux culs-de-sac latéraux du vagin ; on comprend alors comment ces vaisseaux ainsi renforcés contribuent puissamment à la fixation de l'utérus » (RIEFFEL).

Ainsi différenciée en une couche épaisse sur les parois latérales du col utérin, la gaine hypogastrique s'individualise en avant sous forme de tractus antéro-posté-

rieurs qui, partis du pubis, côtoient la vessie et se jettent sur les côtés du col et du vagin pour former les ligaments pubo-vésico-utérins; en arrière, la couche celluleuse s'épaissit pour constituer les ligaments utéro-sacrés tendus des faces postérieures et latérales du col au sacrum et au coccyx.

Vue dans son ensemble, la gaine hypogastrique s'épaissit donc en quatre cordages ligamenteux fixant la portion cervicale de l'utérus aux deux extrémités de l'axe antéro-postérieur du pelvis. Comme l'a montré Grégoire, les ligaments pubo-utérins et utéro-sacrés représentent en quelque sorte des barres parallèles; entre les ligaments pubo-utérins existe un espace déhiscent, un véritable point faible anatomique sur lequel a insisté VIOLET, et qui sera le point de départ de la cystocèle.

Dans quelle mesure ce tissu cellulaire sous-péritonéal et les ligaments qui en émanent peuvent-ils constituer un élément de suspension pour l'utérus? HOHL prétendait que le tissu cellulaire pelvien différencié suffit pour assurer la statique utérine et essayait de le prouver en enlevant le vagin et le périnée sur le cadavre sans que l'utérus change de place. Mais quelle valeur accorder à une expérience où l'on ne tient compte ni de la station debout, ni du rôle de l'effort ou de la pression abdominale? Il est certain que par son élasticité la gaine hypogastrique résiste aux efforts et à la pesanteur des viscères: BERGGLOSS, dans une étude sur l'anatomie du tissu conjonctif pelvien, se basant sur ses expériences, dit qu'on trouve constamment une hypertrophie de ce tissu conjonctif dans les prolapsus. Mais cette hypertrophie n'exclut nullement l'idée d'une perte de l'élasticité de cette trame celluleuse qui, plus que son hypertrophie ou son atrophie, affaiblira les soutiens de l'utérus.

THELANDER insiste sur l'importance des ligaments

utéro-sacrés dont la plicature lui aurait donné de bons résultats au cours de certains prolapsus : sans avoir l'expérience de cette intervention, il nous est permis de supposer qu'elle est insuffisante au même titre que l'hystéropexie indirecte.

La gaine hypogastrique, par sa texture, par ses épaisissements ligamentaires, par l'élasticité qu'elle oppose à la pression abdominale, est sans aucun doute un puissant adjuvant de la statique utérine ; mais la condition primordiale, incontestable de cette statique réside dans le plancher périnéal dont la déficience sous toutes ses formes est la grande responsable des prolapsus utéro-vaginaux.

Les moyens de soutien

Sur une coupe frontale du petit bassin, on constate que le vagin traverse une filière musculaire dont la couche-fonde comprend le releveur de l'anus et l'ischio-coccyprogien : la couche moyenne est formée par le muscle transverse profond du périnée et le sphincter externe de l'urètre ; le groupe superficiel présente deux muscles sphinctériens : le sphincter externe de l'anus et le constricteur de la vulve que coupe à angle droit la direction du muscle transverse superficiel.

Notre intention n'est pas de faire ici l'anatomie détaillée de ces groupes musculaires dont la description se lit dans tous les traités classiques : pour saisir la genèse des prolapsus, il importe surtout d'étudier la morphologie du périnée superficiel, puis du périnée profond, d'apprécier leurs rapports respectifs et le rôle physiologique qui leur est dévolu.

Le premier plan musculaire qu'on rencontre sous la peau de la région périnéale comprend quatre muscles à

disposition cruciale : les deux transverses superficiels droit et gauche venus de la tubérosité ischiatique pour se terminer en dedans sur le raphé ano-vulvaire et deux muscles sphinctériens à direction sagittale : le constricteur du vagin en haut, le sphincter externe de l'anus en bas. Ces quatre muscles recouverts par l'aponévrose périméale superficielle occupent l'espace triangulaire circonscrit par les branches ischio-pubiennes.

Le muscle transverse profond situé en arrière des précédents, naît des branches ischio-pubiennes, se dirige en dedans, passe à la face postérieure du vagin où ses faisceaux rejoignent ceux de son congénère pour se fixer au bord supérieur du septum périnéal et à l'aponévrose périnéale moyenne.

Le centre de la croix musculaire ainsi formée constitue le noyau fibreux du périnée « véritable rendez-vous musculo-aponévrotique où se rencontrent la partie antérieure du sphincter anal, le bulbo-caverneux, les transverses superficiel et profond, les fibres antérieures du releveur, les aponévroses périnéales inférieure et moyenne ainsi que le fascia recto-vaginal. Plus développé chez la femme que chez l'homme, il est constitué par un mélange inextricable de fibres conjonctives, élastiques et musculaires lisses et représente à la coupe un noyau pyramidal dense, adhérent aux téguments » (RIEFFEL).

Le fait à souligner est que ce noyau fibreux, véritable clef de voûte du corps périnéal, se trouve dans le triangle recto-vaginal et contracte une étroite adhérence avec la paroi postérieure du vagin. Situé à deux cm. environ de l'orifice vulvaire « il constitue un des points les plus importants de la résistance pelvienne ; incliné de haut en bas et d'arrière en avant, il avance sur la paroi postérieure du vagin qui reste en retrait, il la soutient et donne appui à la paroi antérieure. Trait d'union entre

les deux sphincters, il permet leur action combinée, s'oppose à la béance de la vulve et maintient en bonne situation la partie inférieure du conduit vaginal » (NORA).

Lorsqu'on fait un toucher vaginal et qu'on demande à la malade de contracter ses muscles pelviens, le doigt sent le solide point d'appui qu'offre aux constricteurs du vagin le noyau fibreux central.

La paroi vaginale postérieure est donc entourée par la sangle transversale du périnée superficiel qui, véritable hamac élastique, maintient énergiquement la région de la fourchette, lui assurant non seulement sa direction mais aussi sa résistance élastique.

Au-dessous du périnée superficiel le muscle releveur de l'anus est l'élément de soutien essentiel de l'appareil utéro-vaginal ; par sa portion interne ou pubo-vaginale « ourlant le pourtour de la fente » formée par la portion inférieure ou externe du muscle, il constitue une sangle musculaire avant tout génitale qui part du pubis et des ligaments pubo-vésicaux, se dirige en bas et en arrière, enveloppe la face postérieure du vagin en une fronde élastique dont les fibres musculaires adhèrent intimement aux parois latérales du conduit sans toutefois prendre sur elles une insertion véritable ; une partie des faisceaux rejoint derrière les voies génitales les faisceaux musculaires opposés, renforçant ainsi le centre tendineux périnéal, tandis que d'autres fibres se fixent à la face antérieure du canal anal. Mais insistons sur le fait que le releveur atteint le conduit vaginal à l'union de ses $\frac{3}{4}$ supérieurs et de son $\frac{1}{4}$ inférieur ; l'utérus est donc entièrement situé dans la portion du vagin sus-jacente au muscle pubo-vaginal,

Ce faisceau pubo-vaginal va donc avoir un rôle de première importance en tant qu'élément de soutien de la paroi postérieure du vagin ; il est cependant un point d'anatomie que nous ne saurions passer sous silence en raison de son rôle dans l'apparition de la rectocèle : comme l'a souligné Doléris, il existe entre la partie postérieure du muscle transverse profond et le releveur un espace assez étroit, libre de tout élément musculaire au niveau duquel s'adossent les cloisons rectale et vaginale : au toucher rectal combiné au toucher vaginal, il est facile en rapprochant le pouce de l'index, de constater la minceur extrême de la cloison recto-vaginale au niveau de ce « sinus périnéal » qui constitue un véritable point faible anatomique ; à ce point faible, correspond en arrière la partie la plus saillante de l'ampoule rectale. Lorsque la femme se contracte, il est aisé, par le toucher vaginal, de sentir cet espace déhiscent ; le doigt enserré à l'orifice vulvaire par les faisceaux périnéaux superficiels l'est aussi dans la profondeur par les faisceaux du releveur. Entre ces deux anneaux de contraction, il existe un segment de paroi vaginale postérieure, flasque et dépressible qui correspond au point faible dont nous venons de parler. Par ce point faible fera hernie la paroi postérieure du vagin, déterminant un bourrelet qu'on appelle trop communément une rectocèle : en réalité, comme l'a montré notre Maître, le Professeur HARTMANN, la rectocèle est exceptionnelle : le rectum n'accompagne pas, en général, la paroi vaginale postérieure dans son glissement : ce qui trompe, c'est que lorsqu'on déprime avec le doigt rectal la paroi antérieure de l'intestin, on refoule le rectum dans le prolapsus vaginal postérieur. Que l'on glisse doucement le doigt sans appuyer sur la paroi antérieure du rectum, on verra qu'elle est rectiligne et qu'il n'y a pas de cul-de-sac antérieur. »

*
* *

Quel est le rôle physiologique du releveur pubo-vaginal ?

A l'état normal par sa simple tonicité, il imprime au vagin une direction oblique en bas et en avant qui s'exagère sous l'effet de la contraction du muscle ; le conduit vaginal accentuant son obliquité tend à se rapprocher du plan horizontal. L'utérus oblique en bas et en arrière ne peut, même au cours d'un effort très violent, faire hernie à travers le vagin dont la direction inverse s'oppose entièrement à la sienne.

Non seulement l'action du releveur modifie la direction du vagin mais elle agit sur le quart inférieur de ce canal dont elle accole les parois : dès lors la partie haute du conduit vaginal présente une véritable cavité close dans laquelle l'utérus, sollicité par la poussée abdominale va s'abaisser : propulsé d'abord vers le bas, le col utérin se relève peu à peu, glisse à frottement doux sur la paroi vaginale postérieure pour venir buter contre la partie basse, accolée, du vagin.

Si donc le rôle physiologique du releveur est de modifier la direction du vagin en l'opposant à l'orientation de la matrice, il agit surtout en obturant la partie basse du canal vaginal dont les parois accolées ne peuvent se dérouler au dehors, font obstacle à la descente de l'utérus et empêchent tout glissement utéro-vaginal.

*
* *

De cet aperçu anatomique et physiologique, qu'il nous soit permis de dégager en une rapide synthèse les éléments qui serviront de base à l'étude pathogénique des prolapsus :

a) Le col utérin offre un point fixe qui correspond à l'insertion vaginale : que ce point fixe s'abaisse, et l'utérus suivra ;

b) Les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments utéro-lombaires constituent des moyens de suspension utérine médiocres et doivent être considérés comme des organes d'équilibre ;

c) La gaine hypogastrique, par sa texture, par ses épaisissements ligamentaires, mais surtout par son élasticité, prend une part importante dans la statique et la suspension du col utérin ;

d) La fixité de l'appareil utéro-vaginal est avant tout réalisée par les muscles du périnée : le noyau fibreux central maintient la région de la fourchette ; le releveur de l'anus, par son faisceau pubo-vaginal, fournit un solide point d'appui à la paroi postérieure du vagin, immobilise le segment intermédiaire de ce conduit et donne à l'organe sa direction oblique ;

e) Il existe entre les ligaments pubo-vésico-utérins un point faible anatomique prédisposant à la cystocèle ; un second point faible siège en arrière entre le muscle transverse profond et le releveur et prédispose à la rectocèle.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME DES PROLAPSUS GÉNITAUX

Lorsqu'on relit les observations de nos malades, on apprécie la place importante que tiennent les causes obstétricales dans le déterminisme des prolapsus : accouchements multiples responsables d'un affaissement musculaire pelvien, mais aussi lenteur anormale du travail ou déchirure du périnée à la suite d'une première gestation.

Ces causes obstétricales, malgré leur fréquence ne sont ni nécessaires, ni suffisantes pour expliquer le prolapsus : comme le dit Paul DELBET, il est des femmes, mères de cinq enfants, qui n'ont aucune chute de leurs organes, il existe des déchirures unilatérales des releveurs avec béance de la vulve alors que l'utérus et les parois vaginales sont en place. Par ailleurs, on trouve des prolapsus chez des vierges et des nullipares. L'origine véritable des lésions doit donc être recherchée dans un trouble constitutionnel, une dystrophie tissulaire sur laquelle il convient d'insister ; nous verrons ensuite la valeur qu'il faut accorder à la morphologie corporelle de la femme et dans certains cas à l'infection utéro-annexielle comme causes prédisposantes du prolapsus.

Les causes prédisposantes

Le rôle du terrain.

Il semble qu'un trouble constitutionnel ou diathésique joue un rôle de premier plan dans l'apparition du prolapsus : parmi les malades que nous avons revues, un assez grand nombre d'entre elles présentait une paroi abdominale flasque, des hernies, traduisant en quelque sorte cette atonie tissulaire sur laquelle DOLÉRIS et après lui GLÉNARD ont insisté ; SIREDEY souligne également les ptoses viscérales multiples compliquées d'entérite et plus souvent encore d'appendicite chronique chez les malades atteintes d'abaissement utéro-vaginal ; ces manifestations morbides constituent un des aspects cliniques de ce que RICHELOT a invoqué sous le nom d'arthritisme ou de neuro-arthritisme, mot commode pour masquer notre ignorance, mais qui a du moins le mérite de mettre en relief la notion de terrain : il s'agit souvent de femmes névropathes, irritables, souffrant d'accès migraineux, rapidement fatiguées et incapables de faire un travail soutenu. En Allemagne, Von JASCHKE, sur 490 cas de prolapsus, relève 447 fois une anomalie de constitution quelconque ; parmi ces malades, il trouve surtout des individus asthénio-ptosiques mais aussi des infantiles asthéniques ; chez ces derniers la théorie mécanique s'unirait à la théorie constitutionnelle pour expliquer le prolapsus : les lésions des parties molles, dues à la disproportion entre le volume du fœtus et l'étroitesse des voies d'expulsion ne sauraient à elles seules justifier la ptose utéro-vaginale ; mais comme le dit Von Jaschke, ces sujets présentent une insuffisance, une laxité anormales du tissu conjonctif abdominal qui, sous l'effort de la poussée

des viscères prédisposeront à la descente des organes pelviens. Chez ces êtres infantiles, le prolapsus serait favorisé, dans certains cas, par une profondeur anormale de la partie postérieure du Douglas (THELANDER).

Ptoses viscérales multiples, laxité tissulaire, fatigabilité excessive semblent donc constituer une entité morbide bien spéciale et sont les attributs de la femme arthritique : mais ces troubles ne sont pas les seuls, et COTTE a insisté récemment sur les poussées congestives pelviennes qui surviennent chez ces malades ptosiques, dyspeptiques, présentant souvent une insuffisance du système veineux ; ces poussées congestives se traduisent à toutes les périodes de la vie génitale :

— A la puberté, elles se caractérisent par des règles douloureuses, accompagnées de pesanteur abdomino-pelvienne survenant par crises ; elles se répètent à des intervalles plus ou moins espacés ;

— Après l'accouchement, la congestion pelvienne est responsable de la subinvolution utérine : l'utérus reste gros, dur, le paramètre épaissi et induré a perdu cette élasticité qui en fait un si précieux moyen de suspension : à cette époque, la congestion utérine « ne donne plus lieu à ces vagues congestives, contemporaines de la période pré-menstruelle, elle constitue un état chronique ». Faut-il s'étonner que la stase pelvienne, par les troubles anatomiques post-obstétricaux dont-elle est responsable puisse jouer un rôle dans le prolapsus ?

— A la ménopause, les poussées congestives jusqu'alors relativement tolérées, peuvent donner lieu à leurs premières manifestations car « si elles ont été bien supportées jusque-là, elles n'en ont pas moins fini par entraîner des lésions secondaires du côté des vaisseaux, des organes génitaux ou du tissu cellulaire et celles-ci ont fini par être d'autant moins tolérées que souvent il

s'y est ajouté un relâchement des parois abdominales ou du plancher périnéal qui est venu encore aggraver la situation » (COTTE).

Ces phénomènes de congestion pelvienne sont souvent l'apanage des arthritiques et se surajoutent à l'état migraineux, aux rhumatismes, à la ptose abdominale et au relâchement musculaire. Comment interpréter la diversité de ces manifestations morbides ? Il est vraisemblable qu'il faille en chercher l'explication dans un trouble des glandes endocrines, véritables organes régulateurs de la nutrition et de la circulation. A cet égard, l'insuffisance ovarienne semble jouer un rôle de premier plan, qu'il s'agisse d'une débilité congénitale de l'ovaire (COTTE), caractérisée par une tendance à l'embonpoint, de la ptose abdominale, des muscles flasques et mous, responsables de cette insuffisance primitive de la musculature du fond du bassin, dont parle BURGER ; qu'il s'agisse, au contraire, d'une insuffisance ovarienne consécutive à une infection aiguë de la vie génitale (blennorrhagie (infection puerpérale) ou à une infection chronique générale, tuberculose, syphilis).

On comprendra dès lors que tous les troubles engendrés par cette insuffisance ovarienne s'exaltent au cours des différentes époques critiques de la vie génitale et que le prolapsus apparaisse au moment de la ménopause comme en témoignent plusieurs de nos observations.

Après la ménopause, la sénescence tissulaire se surajoute à la prédisposition constitutionnelle pour accentuer un prolapsus qui n'était souvent qu'ébauché.

Le rôle de la morphologie corporelle de la femme.

La conformation générale du corps peut favoriser, dans une certaine mesure, l'apparition d'un prolapsus ;

nous venons de voir que l'insuffisance ovarienne entraîne par elle-même des modifications morphologiques telles que Jayle a pu individualiser le type de l'ovarienne adipeuse : le développement graisseux est exagéré, les muscles sont minces, hypotoniques et se laisseront facilement forcer à la suite d'un accouchement ou même d'une fausse-couche.

Mais, indépendamment de toute lésion endocrinienne, il existe plusieurs types de femmes qui se différencient par la prédominance de tel ou tel appareil : les phénomènes de ptose abdomino-pelvienne sembleraient plus fréquents dans le type abdominal ou digestif caractérisé par un thorax court, un ventre large et saillant, un bassin évasé.

Aux modifications des parties molles, s'ajoutent des modifications squelettiques : dans le type abdominal, on rencontre avec une assez grande fréquence une cambrure lombaire très dessinée, une ensellure forte : il en résulte la proéminence des fesses, un abdomen large et une vulve en situation postérieure. ROSENTHAL insiste sur la conformation anatomique du bassin qui, pour lui, jouerait un rôle important dans l'étiologie du prolapsus ; il montre comment la situation postérieure de la vulve accentue, en position debout, la direction verticale du vagin : la pression des viscères agirait plus fortement sur un vagin vertical que sur l'obliquité habituelle de ce conduit.

Sous l'effet de l'involution ovarienne et de la sénescence des tissus, cette morphologie va peu à peu subir des transformations : à la ménopause, la cambrure lombaire s'accuse, par suite de l'affaiblissement des muscles du tronc, et le tissu adipeux se développe dans des proportions variables. Par la vieillesse, une modi-

fication profonde va survenir « due à la diminution progressive voire à la disparition du tissu adipeux » (JAYLE); cet amaigrissement est un des processus normaux de l'évolution de l'organisme : la peau présente une ampleur excessive, le ventre devient flasque et ptosique, l'hypotonie musculaire s'accroît, la vulve tend à la béance, il s'agit en somme d'une période d'atrophie ; « celle-ci portera sur les muscles, sur les ligaments, les aponévroses, sur le tissu cellulaire pelvien, véritable ciment entre les organes, le péritoine et la paroi. Ce tissu, disparaissant peu à peu, crée des plans de clivage et laisse place à l'abaissement des organes abdominaux qui viendront presser sur le plancher uro-génital » (NORA).

Le rôle de l'infection.

Paul Delbet attribue une importance réelle à l'infection blennorragique ou autre, répétée ou chronique dans l'apparition du prolapsus ; les vaginites, les métrites, les salpingites déterminent des infiltrations lymphangitiques qui s'étendent à l'isthme utérin et aux ligaments utéro-sacrés ; il se produirait alors, sous l'effet de l'intensité de l'œdème, un ramollissement des moyens de suspension, en particulier des ligaments utéro-sacrés. « L'inflammation ramollit l'isthme, permet son étirement vers le vagin et la production de ce qu'on appelle l'allongement hypertrophique du col ; c'est l'inflammation qui, se propageant soit aux nerfs, soit au corps du releveur, provoque la dégénérescence et l'atrophie des muscles telles qu'on ne trouve plus parfois à la place des releveurs au cours des opérations qu'un plan mince comme une feuille de papier, pâle et presque entièrement scléreux ». A l'appui de cette assertion, Paul DELBET préconise la désinfection de l'utérus qui suffirait à arrêter la progression du prolapsus.

Cette étiologie ne nous a pas semblé très probante à la lecture de nos observations : nous avons relevé plusieurs cas où il existait une salpingite concomitante ou une métrite. Nous relevons également une infection puerpérale post-partum chez une femme qui présentait un prolapsus 17 ans après.

A l'appui de la théorie infectieuse, ROSENTHAL cite deux cas de prolapsus, consécutifs à une gonorrhée de l'enfance : il en explique la genèse par l'adhérence inflammatoire des annexes au fond du Douglas : les tiraillements auraient amené progressivement l'utérus en rétroversion, et de là serait parti le mécanisme logique conduisant progressivement à la chute des organes.

Faut-il voir dans l'infection utéro-annexielle une cause fréquente du prolapsus ? Il est vraisemblable qu'elle peut agir par les lésions qu'elle détermine sur les éléments de suspension utéro-vaginaux, mais elle n'a qu'un rôle adjuvant : nombre de femmes présentent des prolapsus utérins sans avoir souffert d'infection utérine ou péri-utérine ; par ailleurs nombreuses sont les malades atteintes de métrite ou de salpingite et chez lesquelles on ne met en évidence aucune descente de matrice, même ébauchée.

Il semble donc que l'étiologie des prolapsus génitaux soit avant tout sous la dépendance d'un état constitutionnel particulier, d'une véritable diathèse responsable de la dystrophie organique : sur ce terrain fragilisé, l'effort sous toutes ses formes sera la condition déterminante des accidents.

Les causes déterminantes

Le rôle de la parturition.

Nous basant toujours sur nos observations, nous pouvons dire que les causes obstétricales agissant dans le déterminisme des prolapsus sont très diverses et ne correspondent point à des lésions toujours identiques : telle malade a vu apparaître un glissement utéro-vaginal à la suite d'un accouchement normal ; chez telle autre, la chute des organes s'est manifestée après de nombreuses couches. Chez d'autres enfin, l'étude des antécédents obstétricaux met en évidence un accouchement laborieux : la durée du travail a été longue, une application de forceps s'est parfois terminée par une déchirure périnéale avec ou sans atteinte du sphincter anal.

Il est incontestable que les accouchements multiples, les accouchements laborieux suivis de déchirures, favorisent l'apparition du prolapsus chez des femmes offrant une laxité tissulaire anormale : SAVARIAUD incrimine surtout les grossesses répétées et insiste sur l'insuffisance congénitale ou acquise des tissus comme cause véritable de l'affaissement périnéal.

Dans un article récent, ROUHIER montre comment le lever trop précoce des accouchées prédispose à la chute des organes : « après l'accouchement, l'utérus est gros et lourd, les tissus sont relâchés et ramollis, le prolapsus comme les déviations sont faciles ».

Pierre DELBET ramène les altérations du périnée à deux causes :

Ou extrême rapidité de l'accouchement : la peau du périnée intacte masque néanmoins l'effondrement du nœud périnéal musculaire,

Ou lenteur excessive de l'accouchement, entraînant des phénomènes œdémateux, par troubles circulatoires des tissus comprimés : « Ces troubles rendent le périnée moins élastique; » (BRINDEAU). Il se produit des altérations histologiques et les tissus ne se reconstituent plus. Cette anormale prolongation du travail, en dehors de tout phénomène dû à des troubles circulatoires peut être le résultat d'une défaillance fonctionnelle des muscles de la paroi, la femme ne pouvant pousser parce que sa musculature est trop faible (COMMANDEUR).

Que la lenteur de l'accouchement soit responsable de troubles circulatoires ou soit la résultante d'une insuffisance musculaire abdominale, elle n'en déterminera pas moins un arrêt de l'involution utérine : l'utérus restera lourd, les ligaments distendus, les muscles et aponévroses du périnée se laisseront forcer par la poussée des viscères.

*
* *

Quelles que soient les théories invoquées, nous avons trouvé chez nos malades des déchirures périnéales avec une fréquence particulière : sont-elles par elles-mêmes suffisantes pour entraîner un prolapsus à échéance plus ou moins lointaine ? WILLEMS ne le pense pas et cite des femmes qui ont porté cette déchirure non réparée pendant 20 ans et plus, sans avoir aucun déplacement génital.

Pour notre part, il semble que nous ayions suffisamment montré l'importance de la dystrophie tissulaire dans l'apparition des prolapsus pour n'admettre la théorie mécanique pure qu'avec les plus grandes réserves : nous avons cependant rencontré quelques rares malades qui n'offraient aucun stigmate pouvant faire songer à un

état dystrophique : la paroi abdominale avait conservé sa tonicité, les muscles étaient de bonne qualité et la déchirure périnéale semblait bien être la cause essentielle du prolapsus : Dans ce cas, la théorie mécanique intervient seule ; il est des femmes dont les tissus très résistants s'accompagnent d'une rigidité, parfois d'une brièveté anormale du corps périnéal, unie à l'étroitesse de la vulve et du vagin : l'expulsion du fœtus entraînera une rupture de ce corps périnéal, une béance de la vulve et une prédisposition au prolapsus.

Cette rigidité périnéale a fait l'objet de nombreux travaux : SELLHEIM, LÖNNE en Allemagne, BUDIN, BRINDEAU et LEMELAND en France, font jouer un certain rôle à la primiparité tardive qui déterminerait une tonicité plus grande du releveur ou une contracture de ce même muscle (BUDIN). DEMELIN a montré la possibilité de dégénérescence scléreuse du releveur anal faisant obstacle à l'accouchement.

Mais il est des périnées dépourvus de toute tonicité, friables, dont les muscles minces et fragiles n'offrent qu'une résistance amoindrie et une contractilité faible : Cet état n'est-il pas sous la dépendance d'un trouble dystrophique susceptible de favoriser la déchirure périnéale ? Cette altération préexistante au traumatisme ne fait-elle pas » le trait d'union entre la théorie mécanique pure et celle qui rapporte l'origine des prolapsus à un état constitutionnel, à un tempérament ? »

Ce trait d'union se trouve par ailleurs dans les modifications *post-partum* de la paroi abdominale : telle femme après plusieurs grossesses conserve un ventre intact, telle autre n'ayant accouché qu'une seule fois présente de nombreuses vergetures et un abdomen flétri : ces vergetures ne doivent donc pas reconnaître une origine purement mécanique : non seulement elles peuvent se

voir chez les vierges et les nullipares, mais elles semblent plus fréquentes « chez les sujets d'état général mauvais, de musculature faible, de bassin mal conformé. Les déformations les plus accusées du ventre paraissent ordinairement dès le premier accouchement, preuve évidente que la parturition n'est que la cause seconde du relâchement de la paroi, la cause première résidant dans la constitution du sujet » (JAYLE).

Le rôle de l'effort et de la poussée abdominale

L'effort sous toutes ses formes contribue à la descente des organes, qu'il accentue un prolapsus déjà constaté ou qu'il mette brutalement en évidence un glissement utéro-vaginal à peine ébauché, parfois méconnu. Chez certaines de nos malades, les lésions sont apparues après des efforts de défécation nécessités par une constipation tenace; chez d'autres le prolapsus s'est manifesté après une course longue et fatigante; chez d'autres encore, que leur métier contraint à une station debout prolongée, la pression des viscères jointe aux tiraillements subis par les éléments de suspension utérine a joué un rôle incontestable: la pesanteur pelvienne est surtout marquée le soir pour disparaître presque aussitôt lorsque la malade s'allonge.

Dans d'autres circonstances, le prolapsus semble avoir fait son apparition après une chute brutale; enfin, l'un de nos cas nous révèle la soudaine aggravation des lésions au déclin d'une grippe marquée de fréquentes quintes de toux.

Comment expliquer l'influence de la poussée abdominale sur le prolapsus génital? Lorsque l'utérus est en antéversion, la pression viscérale agissant de haut en bas ne déprime point la vessie et le dôme vaginal; ces organes sont abrités par la matrice antéversée qui

« courbe le dos » devant la poussée des viscères et sert de paravent protecteur à la région vésico-vaginale. Si l'utérus est rétrofléchi, éventualité fréquente dans les prolapsus, la poussée abdominale, ne trouvant plus devant elle le corps utérin, glisse sur la face antérieure de la matrice, vient faire pression directe sur l'appareil vésico-vaginal et prend ainsi une part importante au déroulement du vagin et à la formation de la cystocèle.

*
* *

De cette étude étiologique, deux faits méritent d'être dégagés :

a) Le prolapsus génital reconnaît très rarement une origine mécanique pure : il s'agit alors de malades dont la musculature pelvienne trop rigide, parfois sclérosée, opposera à l'accouchement une barrière sans souplesse ; la conséquence en sera une déchirure du corps périnéal, suffisante pour permettre un abaissement vagino-utérin ; encore faut-il faire la part de la qualité des éléments de suspension qu'une dystrophie congénitale rend souvent inaptes à remplir intégralement leur fonction ;

b) Dans la plupart des cas, la constitution du sujet joue un rôle primordial : état diathésique, morphologie particulière du corps de la femme, parfois aussi état infectieux ayant peu à peu retenti sur la structure intime des tissus : l'accouchement, les efforts seront les causes déclenchantes d'accidents qui, pour se produire, trouvent un terrain tout préparé.

*
* *

Après avoir établi la valeur respective des moyens de fixation de l'appareil utéro-vaginal et cherché à mettre en

lumière l'étiologie du prolapsus, nous allons étudier la physio-pathologie des lésions pour nous permettre d'en individualiser les diverses variétés.

L'étude anatomique nous a montré toute la valeur des éléments musculaires de soutien dans la statique utéro-vaginale ; la raison prédominante du prolapsus résidera donc dans la suppression de l'action du releveur et du corps périnéal.

Si la sangle musculaire du releveur est déficiente elle ne soutient ni n'attire plus en haut et en avant la paroi postérieure du vagin : le conduit vaginal perd son obliquité normale et devient vertical ; il en résulte une modification dans l'axe de la vulve qui se dirigera en bas et en arrière ; ce changement d'orientation s'effectue d'autant plus aisément que le corps périnéal effondré ne maintient plus la région de la fourchette : la vulve se met en situation postérieure et devient béante.

Le passage du vagin à la position verticale ne tarde pas à troubler la statique utérine : l'utérus normalement antéversé et encastré par son col dans l'extrémité postérieure du vagin, se redresse progressivement, au fur et à mesure que le vagin atteint la verticale, pour se mettre en rétroversion plus ou moins évidente et dans l'axe du conduit vaginal.

Dès ce moment, les efforts et la poussée des viscères se transmettent à la paroi antérieure du vagin qui, ne trouvant plus sous elle le solide point d'appui constitué par la paroi postérieure doublée du muscle releveur, se laisse déprimer : cette dépression est facilitée par la présence du point faible anatomique antérieur, à travers lequel la vessie s'engage en une cystocèle.

La paroi postérieure flasque et sans soutien, glisse à son tour, grâce à la béance et à l'orientation nouvelle de la vulve pour former une rectocèle, mauvais terme

consacré par l'usage, puisque comme nous l'avons vu, le rectum n'est pas entraîné par le déroulement du vagin.

Le prolapsus génital reconnaît donc à son origine un glissement vaginal : les choses en restent là tant que la suspension utérine intacte suffit au maintien de la matrice ; mais peu à peu, sous l'influence des efforts répétés, de la pression abdominale permanente, de l'atonie musculaire conférée par l'âge et la diathèse des tissus, les ligaments utérins s'étirent, la gaine hypogastrique perd sa souplesse et le prolapsus primitivement vaginal se mue en prolapsus utéro-vaginal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des prolapsus génitaux nous semble suffisamment connue pour que nous n'insistions pas sur elle outre mesure. On a voulu décrire des prolapsus partiels et des prolapsus totaux en se basant sur le nombre des organes prolapsés : les premiers seraient caractérisés par l'abaissement limité à un seul organe ; il s'agirait, non plus d'un effondrement général du périnée mais d'une lésion isolée, d'une hernie en quelque sorte d'un organe à travers un orifice musculaire (HALBAN et TANDLER) ou à travers les aponévroses périnéales (VIOLET, BUMM et MARTIN) : ainsi s'expliquerait la cystocèle ou la rectocèle isolée, et le prolapsus utérin dit isolé des vierges.

Aux prolapsus totaux, correspondrait l'affaissement en masse de tous les tissus du périnée avec chute de l'utérus et des parois vaginales.

Cette division très artificielle ne semble pas correspondre à la réalité anatomo-clinique : le prolapsus d'un seul organe est très rare ; il s'agit alors de véritables hernies de force, à travers un périnée intact ; avec BÉGOVIN, on peut se demander « quels sont les cas où sous la cystocèle dite isolée, on ne trouve pas un périnée déjà un peu défailant ».

PIQUAND et HUE reprennent la même conception en

parlant de prolapsus de force et de prolapsus de faiblesse.

Notre étude anatomique tend à montrer que tous les prolapsus sont des lésions de faiblesse, soit que la dystrophie tissulaire apparaisse avec évidence, soit que les lésions apparemment rapportées à une large déchirure périnéale tirent cependant leur raison d'être d'une déficience congénitale des éléments de suspension.

Nous décrirons donc les prolapsus partiels et les prolapsus totaux, non pas en nous basant sur le nombre des organes prolapsés mais sur le degré d'abaissement utéro-vaginal. Puis nous envisagerons les différentes affections qui peuvent s'associer aux prolapsus génitaux et entraîner des déductions thérapeutiques particulières

Les prolapsus partiels

A l'examen d'une malade atteinte de prolapsus du premier degré, on constate que la vulve, légèrement béante, est séparée de l'orifice anal par un pont cutané très étroit : la paroi vaginale antérieure fait une procidence muqueuse peu marquée, la paroi postérieure semble n'avoir subi aucun glissement.

Au toucher vaginal, le col n'est pas abaissé ; le corps utérin en antéverson normale est parfois un peu redressé et s'offre aisément à la main qui palpe la région sus-pubienne.

Lorsque la malade pousse, une cystocèle légère, première manifestation de tout prolapsus apparaît en une tumeur arrondie, du volume d'une noix, molle et réductible ; cette cystocèle s'accompagne assez souvent d'une urétrocèle ; tantôt légère, tantôt accentuée, la muqueuse urétrale en ectropion est responsable de la légère incontinence d'urines qui marque si souvent le début des troubles fonctionnels.

La paroi vaginale postérieure ne subit aucune impulsion et semble parfaitement soutenue : on pourrait croire que la cystocèle est la seule manifestation du prolapsus : en réalité, si l'inspection ne met pas en évidence une rectocèle à son début, il suffit de pratiquer le toucher rectal, de courber l'index contre la paroi vaginale postérieure : le doigt coiffé de cette paroi, la ramène par l'orifice vulvaire en un cul-de-sac flasque et sans soutien.

Le col utérin s'abaisse quand la malade pousse : lorsque la contraction cesse, le col remonte avec lenteur comme un ressort étiré qui, détendu, reprendrait difficilement sa position première. Chez le sujet normal, l'ascension du col est rapide grâce à l'élasticité, à la tonicité de la gaine hypogastrique. BUMM et MARTIN, puis Jacobs ont bien mis ce phénomène en évidence, en abaissant le col avec une pince de Museux : chez une femme indemne de tout prolapsus, le col descend vite, puis plus lentement, puis s'arrête. Si alors on cesse la traction, le col remonte vite, puis lentement.

Cystocèle légère, rectocèle non visible à l'inspection, mais décelable au toucher rectal, abaissement très modéré de l'utérus, tels sont les éléments du prolapsus à son début. Les signes peuvent même en être plus discrets et JAYLE insiste sur le prolapsus caché qui existerait dans la plupart des rétroversions simples sans adhérences avec ou sans déchirure du périnée : ce prolapsus caché destiné à s'accroître, doit être opéré : il serait responsable de ces tiraillements lombaires, de ces pesanteurs pelviennes mal définies, parfois aussi de dysurie intermittente dont souffrent certaines malades et qu'on attribue à un lumbago, à des lésions annexielles ou à des troubles d'origine vésicale.

Dans les prolapsus partiels du deuxième degré, cystocèle et rectocèle sont nettes et constituent deux grosseurs variables qui s'adossent en un repli vaginal transversal ; la cystocèle est assez volumineuse et ridée, la rectocèle plus petite et plus ronde que la cystocèle.

Au toucher vaginal, le col utérin très abaissé affleure la vulve ; présente-t-il souvent cet allongement hypertrophique dont parlait HUGUIER en 1860 ? Cette déformation nous a semblé très rare : nous ne l'avons rencontrée qu'une seule fois ; encore s'agissait-il d'un étiement de toute la matrice dans un prolapsus total.

Lorsque la malade pousse, les parois vaginales se déroulent, accentuant cystocèle et rectocèle, cependant que le col utérin fait saillie hors de la vulve pour rentrer dans le vagin lorsque cesse tout effort de contraction musculaire.

*
* *

En somme, que le prolapsus soit au premier ou au deuxième degré les lésions en sont identiques, mais à un stade évolutif différent. Dans le premier cas, les moyens de suspension résistent encore à la traction utéro-vaginale : dans le second cas, ces moyens sont déficients et le prolapsus se poursuit.

Mais dans le bilan des lésions, il importe surtout d'apprécier la qualité des muscles périnéaux, en particulier du releveur de l'anus, sur lequel portera le temps opératoire fondamental.

Comme nous l'avons vu, il est des prolapsus utérins — les plus rares — dont la cause essentielle est une large déchirure périnéale suffisante pour expliquer les lésions : s'il existe une légère dystrophie tissulaire, la brèche musculaire est la principale coupable : le releveur déchiré conservera néanmoins sa résistance et sa

contractilité; son épaisseur et sa texture permettront une bonne myorraphie puisque la déchirure sera souvent la conséquence d'une musculature trop rigide ou rendue telle par la sclérose d'une infection ancienne.

Dans la grande majorité des cas, les prolapsus relèvent d'un trouble constitutionnel manifeste : la myorraphie s'adressera à un releveur mince, flasque, de contractilité faible et les résultats post-opératoires qu'on était en droit d'espérer seront souvent compromis. Une récurrence survient à échéance plus ou moins lointaine, parfois aussi on constate que « le périnée a lâché » quelques jours après l'intervention et si cet échec peut reposer sur une erreur de technique, ne faut-il pas aussi incriminer ces releveurs fragiles et atones qui se déchireront sous les points de suture?



Certains auteurs se sont attachés à préciser l'état de la vessie avant d'opérer un prolapsus : on voit des malades souffrir de mictions fréquentes et douloureuses, d'incontinence légère, se traduisant par l'expulsion de quelques gouttes d'urine à la toux ou à l'effort. Ces troubles qui dépendent d'un étirement du sphincter vésical peuvent être très accusés et avoir leur répercussion sur tout l'arbre urinaire : BRAKEMANN, dans une étude anatomo-clinique récente, présente une dizaine d'observations de prolapsus génitaux chez lesquels, grâce à la pyélographie et à la cystoradiographie, on a pu mettre en évidence une elongation considérable des uretères accompagnée parfois d'une dilatation du bassinet. BRAKEMANN, d'accord avec HALBAN et TANDLER, rapporte ces lésions du tractus urinaire à l'inclusion du trigone vésical dans le point faible antérieur ou hiatus genitalis

par lequel s'engage la cystocèle ; ces altérations seraient d'autant plus prononcées que le trigone aurait été longtemps enserré par l'anneau musculaire du releveur. La dilatation maxima des voies urinaires supérieures serait donc la conséquence d'un prolapsus accentué depuis un temps assez long dans un hiatus genitalis étroit.

Les prolapsus totaux

Ici le prolapsus est à son maximum ; il forme une énorme tumeur qui pend entre les cuisses de la malade : le vagin est retourné en doigt de gant. De toute évidence, il existe une cystocèle ; la vessie est étirée, aplatie, plaquée contre la paroi antérieure de l'utérus et descend parfois jusqu'à l'affleurement de la lèvre antérieure du col de la matrice ; elle a perdu sa forme arrondie qu'on lui trouvait dans les prolapsus partiels. La rectocèle est toujours modérée dans ces gros effondrements pelviens ; la paroi vaginale postérieure n'entraîne pas le rectum dans son glissement comme nous l'avons montré. Les classiques mentionnent la descente des culs-de-sac péritonéaux, en particulier du cul-de-sac postérieur qui pourrait contenir des anses grêles venant faire hernie dans le prolapsus. Nous n'avons rencontré aucun cas de ce genre. Plus fréquente est la confusion possible entre la hernie du cul-de-sac de Douglas et la rectocèle des prolapsus ; s'il est vrai que dans l'élytrocèle le col utérin n'est pas abaissé et que la cystocèle n'existe pas, le diagnostic clinique entre hernie péritonéale et prolapsus reste parfois malaisé.

Dans les prolapsus totaux, l'utérus semble énorme, mais ceci n'est qu'une apparence car il est matelassé en avant et en arrière par le retournement des parois vaginales : au centre de cette masse utéro-vaginale, la

matrice retenue en haut par ses ligaments, tirillée vers le bas par le vagin, finit par s'étirer en une tige longue et mince. Pozzi, puis ROUMIER ont insisté sur la fragilité spéciale de cet utérus qui se laisse facilement déchirer lorsqu'on en pratique l'ablation.

Nous ne saurions être aussi catégorique, car si nous avons souvent trouvé un utérus allongé, rétréci au cours de certaines hystéro-colpectomies, il ne nous a point semblé que cet organe fût d'une friabilité particulière.

*
* *

Quel est l'état du rectum et de la vessie dans le prolapsus total ? Le toucher rectal vérifie que le rectum n'a pris qu'une part minime au glissement de la paroi vaginale postérieure.

Pour examiner la vessie, il faut comme le conseille NORA « introduire une sonde en gomme par l'urètre (ou mieux un Béniqué) en se dirigeant en bas et en arrière ; la sonde s'engage dans le bas-fond vésical et sera perçue par le palper sur la face antérieure de la tumeur vaginale. L'examen cystoscopique a rarement l'occasion d'être pratiqué : la distension de la vessie par le liquide introduit ne lui rend pas sa forme première : le cystoscope bute très vite contre la paroi vésicale postérieure. La vessie est comme aplatie d'avant en arrière ; pour explorer la partie supérieure, il faut porter le pavillon du cystoscope très bas, le dôme vésical est effilé en cône et la bulle d'air se cache très haut. »

Les lésions associées au prolapsus

La déchirure du périnée est un accident qu'on retrouve très souvent à l'origine de l'abaissement utéro-

vaginal : parfois, il s'agit d'une lésion minime et d'apparence insignifiante ; dans d'autres cas, la déchirure étendue se complique d'une rupture du sphincter anal avec incontinence des matières.

Le mode d'apparition du prolapsus à la suite de ces traumatismes périnéaux est fort variable : parfois comme nous l'avons vu la trop grande résistance des tissus est responsable de la déchirure périnéale ; dans ce cas, la lésion anale prime tout ; la malade vient consulter pour une incontinence sphinctérienne alors que le prolapsus en raison de la résistance des tissus est à peine ébauché et passe au second plan.

Comme le prétendent TREUB et après lui FORGUE et MASSABUAU « ce ne sont pas les déchirures totales intéressant le sphincter anal qui exposent le plus au prolapsus. Ce fait paradoxal s'explique parce que le périnée à défaut de muscles de soutènement est alors occupé par de profondes brides cicatricielles qui contournent la vulve et lui forment une assise fibreuse résistante ».

Mais le plus souvent, la déchirure périnéale est survenue chez des femmes à tissus friables et mous ; l'apparition du prolapsus sera d'autant plus rapide qu'à la dystrophie tissulaire vient encore s'ajouter un traumatisme obstétrical ; comme le dit WALLICH, « sont particulièrement exposées à la déchirure celles qui ont des tissus moins résistants, présentent beaucoup de vergetures sur le ventre, sur les cuisses et sur les seins. Chez ces femmes, on peut à l'avance annoncer les risques de déchirure au moment de l'accouchement ».

*
* *

La métrite associée au prolapsus est-elle fréquente ? Nous l'avons rencontrée dans les prolapsus partiels

post-obstétricaux ; l'accouchement a pu être suivi d'une délivrance difficile ou d'une déchirure du col, cause d'infection locale : grâce à l'involution utérine qui se fait mal, aux tissus qui restent succulents, à l'absence de tout traitement antiseptique précoce, cette infection se perpétue sous forme chronique ; la déviation utérine engendrée par le mécanisme du prolapsus fera obstacle à l'écoulement métritique : la cavité de la matrice se draine mal, sa position rétrofléchie entretient la métrite qu'il faudra traiter avant d'intervenir sur un prolapsus sous peine d'obtenir un mauvais résultat opératoire.

Par contre, nous soulignerons avec SAVARIAUD la rareté de la métrite dans le prolapsus total : l'utérus complètement extériorisé se draine fort bien et les lésions qu'il présente sont d'origine traumatique, telles ces ulcérations parfois étendues qu'on constate au pourtour du col utérin.

*
* *

Que faut-il penser du cancer utérin surajouté au prolapsus de la matrice ? Cette association est très rare : CRUVEILHIER dans son *Traité d'Anatomie Pathologique* en soulignait déjà l'exception et citait un seul cas de dégénérescence cancéreuse du col sur un utérus prolabé. Robert BARNES, dans son *Traité Clinique des Maladies des Femmes*, signale un cas observé par RUYSCH, un de RÉCAMIER, un de MARJOLIN et un de LANGENBECK. CHAVANNAZ, de Bordeaux, insiste à nouveau sur la rareté extrême du cancer cervical dans les utérus prolabés et montre combien il est en réalité paradoxal de voir que le col de ces utérus soumis à des irritations mécaniques incessantes, à des frottements répétés, reste indemne de cancer.

JEAN et VILLECHAISE ont présenté, en 1925, à la Société de Chirurgie un cas de cancer du col sur prolapsus utérin complet : il s'agissait d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire évident ; le col présentait une tumeur en saillie, ulcérée, à bords végétants, à centre un peu cratériforme avec base très indurée, saignant au moindre contact.

DUJARIER et LARGET, dans leur étude sur le prolapsus complet des femmes âgées, signalent à leur tour que dans les cas d'ulcérations d'aspect dégénéré qu'ils avaient rencontrés, ils ne constatèrent jamais de malignité réelle.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROLAPSUS GÉNITAL PARTIEL

Les opérations par voie haute

L'hystéropexie directe.

On a cherché à guérir le prolapsus en fixant directement l'utérus à la paroi abdominale : TERRIER pratiquait l'hystéropexie isthmique, KOCHER et DE VREESE l'exohystéropexie en suturant la matrice dans l'épaisseur de la paroi ; MURPHY fendait le corps utérin en deux valves pour avoir une large surface de suture. Plus tard, SOLMS imagina la ventrofixation symphysienne de l'utérus.

LAUWERS à son tour est partisan de l'exohystéropexie à la Kocher, mais ne la conseille que dans le prolapsus des vieilles femmes ; il la contre-indique chez les malades en âge de concevoir, à moins de les stériliser au cours de l'opération. Sur 37 cas, LAUWERS a revu dix malades complètement guéries, un an après l'intervention.

Quelle qu'en soit la modalité, l'hystéropexie directe nous semble une opération illogique puisqu'elle s'adresse à l'utérus isolé et n'empêche nullement les parois vaginales de continuer leur glissement : le vagin prolabé tire sur le col utérin pour déterminer ce classique allongement hypertrophique dont BÉRARD cite un cas, Nous

l'avons également constaté chez une femme qui avait subi jadis, une hystéropexie directe pour prolapsus sans opération périnéale complémentaire.

Si, par ailleurs, nous nous rappelons qu'on a souvent affaire à des femmes dont les muscles sont flasques et sans tonicité, nous comprendrons le cas de cette malade opérée par TERRIER où après hystéropexie, l'utérus s'était à nouveau prolapsé entraînant dans sa chute la paroi abdominale ; celle-ci présentait une dépression hypogastrique profonde.

En somme, opération illogique mais parfois aussi dangereuse, puisque DUVERGEY cite deux cas de grossesse extra-utérine survenue après hystéropexie isthmique ; chez deux autres malades se sont produits des avortements à répétition.

BRODIER apporte 14 cas d'hystéropexie corporelle ou isthmique pour prolapsus et avoue qu'il a eu de nombreuses récidives.

Nous n'insisterons pas sur la technique que CRILE a récemment proposée : elle consiste après laparotomie médiane à enlever la partie moyenne de l'utérus et à suturer l'une à l'autre les deux portions latérales de l'organe restant sur les grands droits de l'abdomen. Ce procédé trop mutilant ne saurait être de pratique courante dans la cure des prolapsus.

Il semble donc que l'hystéropexie directe employée isolément pour lutter contre le prolapsus génital soit peu à peu délaissée et ne puisse se comprendre qu'en l'associant à une intervention périnéale complémentaire.

L'hystéropexie indirecte.

Pensant obtenir des résultats plus efficaces, certains chirurgiens ont cherché à suspendre l'utérus par les

ligaments ronds ou, plus rarement il est vrai, par les ligaments utéro-sacrés.

Les ligaments ronds sont avant tout des organes d'équilibre et jouent un rôle minime dans la suspension utérine : ils n'ont pas une résistance qui leur permette d'amarrer un prolapsus utérin soumis à deux forces permanentes : la pression abdominale et la traction vers le bas par le vagin non soutenu. La ligamentopexie, qu'il s'agisse de la méthode extra-abdominale par le procédé d'ALQUIÉ-ALEXANDER ou de la technique intra-abdominale selon BALDY-DARTIGUES-DOLÉRIS, n'est pas plus efficace que l'hystéropexie directe en tant qu'opération isolée dans le prolapsus : associée par contre à la colpopérinéorraphie, elle est un adjuvant utile lorsque l'utérus en rétroversion accentuée se trouve dans l'axe du vagin et prédispose, de ce fait, à la récursive des lésions.

*
* *

Peut-on suspendre l'utérus par les ligaments utéro-sacrés ? Cette opération peu pratiquée en France a été tentée par quelques chirurgiens étrangers : YOUNG, en 1919, préconise la plicature des ligaments utéro-sacrés et décrit une technique assez compliquée. THIELANDER attachant une importance considérable à l'étirement des ligaments utéro-sacrés dans l'étiologie des prolapsus, rapporte trois cas où il sectionna ces ligaments et amarra leur bout utérin au tendon du psoas : les résultats médiocres lui firent abandonner cette technique pour reprendre celle de YOUNG à savoir la plicature des ligaments ; il présente 12 cas satisfaisants traités par ce procédé et revus à plus ou moins longue échéance.

Pour notre part, nous n'avons aucune expérience de

cette intervention qui nous semble sinon compliquée, du moins insuffisante. Comment ces ligaments péritonéaux doublés d'une trame cellulo-conjonctive facilement extensible peuvent-ils par leur seule plicature s'opposer à la récidence du prolapsus ?

L'oblitération du cul-de-sac de Douglas

Imaginée par MARION, cette intervention a donné des succès à son auteur qui la pratique :

— dans le prolapsus des vierges favorisé par la profondeur anormale congénitale du Douglas ;

— dans les prolapsus pour lesquels une lésion quelconque nécessite la laparotomie ;

— dans les prolapsus ayant récidivé après les opérations classiques correctement pratiquées.

Avec notre maître, le Pr Jean-Louis FAURE, nous dirons que cette opération ne peut être envisagée que comme complément à une colpopérinéorraphie puisque le mal commence toujours par l'affaiblissement du périnée.

Cette technique pratiquée isolément s'adresse donc à un nombre de cas limité.

PHANEUF associe volontiers l'oblitération du Douglas à l'hystérectomie ou à l'interposition de l'utérus : il attribue une cause importante à la profondeur du cul-de-sac péritonéal dans la formation des prolapsus partiels ; il insiste sur la nécessité de reconnaître les uretères au cours de l'intervention pour ne pas les inclure dans les sutures.

A cette oblitération certains chirurgiens ont voulu ajouter la fixation du côlon pelvien au détroit supérieur : DESCOMPS, en particulier, a suivi fidèlement cette technique qui consiste à suspendre l'utérus au petit psoas par l'intermédiaire du côlon pelvien.

PROUST puis QUENU, LENORMANT et MAUCLAIRE ont eu

à traiter des prolapsus génitaux associés à des prolapsus du rectum. Pour ces auteurs, ces cas sont relativement rares et de la discussion qui s'est engagée au sujet d'une malade présentée par PROUST, il ressort que l'effondrement du plancher pelvien est une condition nécessaire, mais non suffisante pour expliquer le prolapsus rectal : ce dernier serait dû à une longueur et à une mobilité anormales du côlon pelvien.

L'association du prolapsus rectal au prolapsus génital nécessite la reconstitution du périnée à laquelle il faut ajouter la colopexie : celle-ci, peut du reste, comme le recommande QUÉNU, être précédée d'une suture du dôme vaginal au rectum et d'une suture des bords du ligament large au petit bassin. PATEL, pour des cas analogues pratique par une incision de Pfannenstiel l'oblitération du Douglas, la colopexie et l'hystéropexie ligamentaire.

L'association des deux prolapsus se rencontre peu ; nous n'en possédons aucun exemple dans notre statistique et ces cas n'abondent pas dans la littérature médicale.

La fixation du moignon du col après hystérectomie subtotale.

Il n'est plus question d'opposer au prolapsus partiel une hystérectomie subtotale, trop mutilante et d'ailleurs sans action sur le glissement des parois vaginales et du col restant. Mais au cours d'une hystérectomie banale pour lésions utéro-annexielles, on peut fixer le col utérin comme moyen préventif d'un prolapsus. Cette précaution qui allonge fort peu l'acte opératoire initial devrait, à notre avis, être plus souvent observée : il faudrait la prendre chaque fois qu'on constate une mauvaise qualité du périnée avant d'enlever l'utérus. Cette suspension du col est faite systématiquement par de nombreux chirurgiens : JACOBS pratiquait la trachélo-

pexie en suturant le moignon cervical aux tranches de section des ligaments larges. Notre maître, le P^r Legueu et après lui DELASSUS, fixent le col entre les deux droits de l'abdomen. Mais de l'aveu même de DELASSUS qui a fait cette intervention une cinquantaine de fois, il n'est pas rare, après un résultat immédiat excellent, de constater par la suite un allongement hypertrophique du col ou, ce qui est plus grave, une récidue de la hernie vaginale.

Récemment, HAUTEFORT, dans la thèse de son élève DE FRESQUET, a décrit une technique ingénieuse de fixation du col après hystérectomie : le moignon cervical au lieu d'être évidé est incisé transversalement par deux coups de bistouri obliques, de façon à détacher un fragment triangulaire : les ligaments ronds sont croisés, puis fixés dans cette gouttière cervicale dont ils deviennent solidaires. Ce procédé a donné quelques résultats à son auteur mais n'a pas empêché quelques récides sous forme de cystocèle, un à deux ans après l'intervention.

Qu'on suspende le col à la paroi ou aux ligaments ronds dans une hystérectomie subtotale, qu'on fixe après hystérectomie totale le dôme vaginal aux ligaments ronds ou, comme le faisait POLLOSSON, à la paroi musculo-aponévrotique, ces précautions pourront pallier au prolapsus dans une certaine mesure mais ne sauraient l'empêcher de façon certaine ; la fixation du col ou du dôme vaginal devrait toujours chez une malade à périnée déficient, être complétée par une périnéorrhaphie.

Après une hystérectomie totale, il se produit parfois un léger prolapsus de la muqueuse vaginale malgré un périnée intact et de bonne qualité : notre maître, le D^r BERGERET pare à cet inconvénient en suturant les angles du vagin aux ligaments utéro-sacrés,

Mais à côté de cas où l'on cherche à éviter le prolapsus par la suspension du col et du vagin, il faut citer les malades qui, après hystérectomie abdominale pour fibrome ou annexite, présentent un glissement vaginal suivi de descente du moignon cervical. Il nous a été donné d'observer quelques-uns de ces prolapsus post-opératoires ; nous en rapportons trois exemples dans nos observations. Les trois malades avaient subi une hystérectomie subtotale pour fibrome : la première qui avait déjà un prolapsus très marqué avant l'hystérectomie vit celui-ci s'accroître rapidement en un glissement total après l'ablation du fibrome ; les deux autres virent apparaître un prolapsus presque complet quinze jours après la suppression d'une grosse masse fibromateuse enclavée.

Ces hernies utéro-vaginales post-opératoires sont-elles la conséquence de l'exérèse des lésions utéro-annexielles ? La fixité ou la pesanteur d'un fibrome est-elle capable de s'opposer à un prolapsus génital lorsque le périnée est de médiocre qualité ? Les adhérences d'une annexite ancienne peuvent-elles remplir le même rôle ? On peut le supposer : toujours est-il que ces prolapsus après hystérectomie sont très souvent totaux : le col fait issue hors de la vulve, entraîné par les parois vaginales déroulées : la cystocèle ne manque jamais à l'inverse de la rectocèle qui demeure l'exception.

*
* *

Quelle thérapeutique opposer à ces lésions qui traduisent en somme un véritable effondrement pelvien ? Chez l'une de nos malades, nous avons pratiqué l'hystérocolpectomie subtotale : cette opération, idéale à notre avis dans le prolapsus total des femmes âgées, trouve

également son indication dans les prolapsus post-opératoires où la suppression de l'utérus par l'hystérectomie préalable permet une intervention qui, en d'autres circonstances, pourrait sembler trop mutilante.

On peut déduire de ce qui précède que la cure des prolapsus génitaux par voie abdominale est de plus en plus abandonnée : mise à part l'oblitération du cul-de-sac de Douglas qui s'adresse à un nombre de cas limité, seule l'hystéropexie reste une intervention utile, en rétablissant la position normale de la matrice : mais la condition primordiale de son efficacité est de ne point lui demander plus qu'elle ne peut donner : elle doit remplir son modeste rôle d'opération complémentaire, le temps fondamental comprenant la réfection du périnée.

Les opérations par voie basse

Nombreuses sont les interventions qui se sont adressées à la voie basse dans le traitement de l'affection que nous étudions : en France et à l'étranger, les procédés décrits sont innombrables et notre intention n'est pas de les rappeler ici ; en réalité cette diversité dans les techniques n'est qu'apparente ; les variantes tiennent au mode de suture, à l'emploi de tel matériel, à la forme de telle incision beaucoup plus qu'à une innovation réelle dans les procédés opératoires.

Au cours de ces dernières années, deux opérations ont surtout rallié la faveur des chirurgiens : ce sont l'interposition vésico-vaginale de l'utérus et la périnéorraphie.

L'interposition vésico-vaginale de l'utérus

Appelée encore opération de WATKINS - WERTEIN-SCHAUTA et peu pratiquée en France, elle jouit toujours d'une certaine vogue à l'étranger. Nous en rappelons la technique :

a) Incision verticale de la paroi antérieure du vagin partant du méat urinaire pour aboutir au cul-de-sac antérieur ;

b) Décollement des deux lèvres vaginales poussé très loin sur les côtés ;

c) Clivage du plan vésico-utérin et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur ;

d) Bascule en avant du corps utérin pendant que le doigt refoule le col vers le haut, et suture de la lèvre péritonéale antérieure à la face postérieure de l'utérus basculé ;

e) Suture de la face postérieure de l'utérus basculé à la partie inférieure de la vessie ; fixation du fond utérin au ligament sous-pubien et à la partie pubienne des releveurs ;

f) Les deux lambeaux vaginaux sont réunis l'un à l'autre en enfermant entre leur face profonde et la vessie le corps utérin avec la face antérieure duquel ils se trouvent en contact ;

g) On termine par une périnéorrhaphie postérieure.

Au cours de l'intervention, les annexes auront été enlevées ou laissées dans le ventre après section pour stériliser une femme encore jeune.

Dans le but de maintenir et de faciliter la bascule utérine, ABADIE, d'Oran, conseille de fixer le corps utérin à la face postérieure du pubis ou aux releveurs de l'anus par l'intermédiaire des ligaments ronds.

*
* *

Quelle valeur accorder à l'interposition vésico-vaginale de l'utérus ?

BRÖSE publie 33 cas avec une seule mort.

BAER et REIS en font l'opération de choix chez les femmes ménopausées ou atteintes de grosse cystocèle, ayant encore un corps utérin bien mobile ; le temps le plus important est la colpopérinéorrhaphie postérieure. Ils insistent sur la nécessité d'amputer le col lorsqu'il est malade ou hypertrophié. Leur statistique est de 91 cas avec une mort par embolie.

GRAD qui a opéré 53 malades par différentes méthodes pense que l'interposition est une technique efficace dans tous les degrés de prolapsus.

En France, LOISON apporte 30 cas d'interposition relevés auprès du Professeur POLLOSSON et donne 26 résultats parfaits, 2 médiocres et 2 mauvais ; il mentionne l'atrophie post-opératoire de l'utérus inclus, à tel point que la malade semble avoir subi une hystérectomie subtotale ; cette opération serait excellente dans les grosses cystocèles avec peu ou pas de prolapsus utérin chez des femmes ménopausées ou sur le point de l'être.

BEGOUIN, sur un total de 548 opérations comprenant diverses statistiques, relève 5 morts.

COTTE qui a étudié les résultats éloignés de l'interposition dans 42 cas opérés par lui conseille cette intervention dans les prolapsus du deuxième degré, lorsqu'à la cystocèle s'ajoute un abaissement encore peu accentué de l'utérus : mais pour que l'opération ait sa pleine efficacité, le col doit présenter une fixité suffisante ; il faut aussi que l'utérus ne soit ni trop petit, ni trop volumineux, afin qu'il se loge facilement sous la vessie et ferme l'hiatus genitalis.

Chez ses 42 malades, COTTE n'a constaté aucune récidive : ces bons résultats tiendraient moins à la technique opératoire qu'aux conditions dans lesquelles elle est utilisée. A l'encontre de SAVARIAUD qui réserve l'interposition aux prolapsus complets, COTTE l'applique aux cas où l'utérus est bien fixé : pour cet auteur, en effet, les récidives seraient sous la dépendance d'une mobilité excessive du col utérin.

En Allemagne, on a prétendu que des échecs opératoires pouvaient survenir même après une interposition correctement pratiquée : le col restant dans l'axe du vagin aurait, du fait de la pression abdominale, une tendance à s'abaisser de plus en plus : aussi certains chirurgiens allemands ont-ils combiné à l'interposition de Schauta soit l'amputation du col, soit sa fixation aux ligaments ronds ou aux ligaments utéro-sacrés. D'autres se sont ralliés à l'opération de Kielland qui consiste à réséquer les lèvres antérieures du col utérin de façon que l'orifice cervical regarde en haut après la bascule du corps de la matrice et ne soit plus ainsi dans l'axe du vagin.

De toute évidence, l'interposition vésico-vaginale a pu donner de très beaux résultats entre les mains de certains chirurgiens : malgré tout cette opération nous semble, quoiqu'on en ait dit, d'une complexité hors de proportion avec le résultat qu'on cherche à obtenir : notre maître, le Pr J.-L. FAURE qui à l'expérience de l'interposition vésico-vaginale n'en est pas très enthousiaste et lui reproche son manque de simplicité. Par ailleurs, si certaines statistiques sont éloquentes il en est d'autres qui relatent quelques accidents : DÖDERLEIN rapporte deux cas de gangrène utérine, la matrice étant à l'étroit dans sa nouvelle loge. L'embolie du 10^e au 12^e jour a été

signalée avec une particulière fréquence. PEFFER souligne la possibilité d'hémorragies secondaires, de blessures de la vessie, parfois même de cystites rebelles avec retentissement rénal.

On a constaté des grossesses après l'interposition de l'utérus chez des femmes qu'on avait négligé de stériliser au préalable : de sérieuses complications sont survenues au cours du travail.

Enfin, l'interposition n'a pas toujours été exempte de récidives, par bascule du fond utérin en avant de la symphyse ou par glissement et réapparition du col à la fourchette.

Il s'agit en somme d'une opération bien complexe pour le rôle qu'on lui assigne, la bascule de l'utérus devant former une pelotte sous-vésicale destinée à lutter contre la cystocèle : ce but peut être atteint à moins de frais par une colporraphie antérieure bien faite, voire même une myorraphie antérieure à la Delanglade.

D'ailleurs l'interposition vésico-vaginale n'exclut nullement la nécessité d'une périnéorraphie postérieure, qui reste l'opération fondamentale.

Avec SAVARIAUD, nous dirons donc « que l'opération de Schauta est bien compliquée pour n'être que complémentaire ».

Les opérations sur le périnée.

De toutes les interventions pratiquées dans la cure des prolapsus partiels, la colpopérinéorraphie occupe à juste titre une place d'honneur : elle est l'opération logique puisqu'elle vise à réparer les éléments de soutien de l'appareil utéro-vaginal ; elle est l'opération bénigne dont les temps s'effectuent loin du péritoine et des vaisseaux importants ; elle est enfin l'opération efficace comme le prouvaient déjà les statistiques de BOUILLY

qui annonçaient 80 % de guérisons, comme l'affirment aujourd'hui encore les résultats de presque tous les chirurgiens.

Il est toutefois nécessaire de s'entendre sur la qualité des guérisons obtenues : telle malade revue plusieurs années après l'intervention n'a plus de tiraillements lombaires ou de pesanteur pelvienne, les troubles urinaires ont disparu, les organes pelviens sont en place au-dessus d'un périnée solide : on peut conclure à un résultat anatomique et fonctionnel parfaits ; chez telle autre, les troubles subjectifs se sont amendés, mais au cours d'un effort ou d'une fatigue, une cystocèle légère fait saillie et les releveurs n'ont plus une exacte coaptation ; bref on se trouve en présence d'un état fonctionnel excellent en dépit d'un résultat anatomique médiocre. Il faut donc se méfier de l'assertion des malades qui, satisfaites lorsqu'elles ne souffrent plus n'en demandent pas davantage ; il n'en est pas de même pour le chirurgien qui devra vérifier l'efficacité de sa technique non seulement sur la disparition des phénomènes subjectifs, mais encore sur un résultat anatomique sans reproche.

A notre tour, nous apportons des résultats ; toutes les malades que nous avons pu rejoindre ont été examinées : la qualité des guérisons peut nous permettre de préciser les indications de la colpopérinéorraphie et d'insister sur quelques points de technique.

*
* *

Préconisée par ZIEGENSPECK, vulgarisée en France par PROUST et DUVAL, la périnéorraphie comporte essentiellement la myorraphie des releveurs, nécessaire si l'on veut éviter des réfections périnéales superficielles et

insuffisantes. A cette myorrhaphie il est bon d'ajouter la colporraphie postérieure, la colporraphie antérieure et parfois l'hystéropexie. Cette triple opération appelée par Walther la méthode française s'adjoint l'amputation du col utérin lorsque celui-ci est métritique ou hypertrophié. Telle est l'opération de Bouilly, décrite par cet auteur en 1896, reprise dans la thèse de GUÉNARD en 1902 et dans un article de LENORMANT et PETIT-DUTAILLIS en 1914. L'originalité de cette intervention consiste à amputer le col utérin et à suturer les tranches vaginales au moignon cruenté restant ; on termine par une périnéorrhaphie. Il semble actuellement que l'amputation du col utérin se fasse moins souvent qu'autrefois ; les malades atteintes d'affections gynécologiques viennent en général consulter avant que les lésions cervicales nécessitent la suppression du col de la matrice.

Quel est le but des différents temps de la triple opération ?

La colporraphie antérieure supprimant un lambeau plus ou moins étendu d'étoffe vaginale, est destinée à rétrécir le vagin qui sera ainsi mieux soutenu par les releveurs suturés : une cystocèle qui bombe à la vulve, entraînée par le déroulement de la paroi vaginale antérieure, finit par distendre, étirer cette paroi dont l'étoffe trop lâche doit être réséquée. Si la colporraphie antérieure n'est pas faite, il arrive que la cystocèle, sous l'effet d'une simple myorrhaphie, s'atténue et même disparaît ; la suture des releveurs pourrait donc sembler suffisante dans la correction de la saillie vésicale : or il n'en est rien ; la myorrhaphie isolée n'agit que temporairement sur la cystocèle ; tant que les parois vaginales sont soutenues par un périnée fraîchement réparé, le résultat opératoire paraît satisfaisant ; mais la colonne antérieure du vagin trop lâche et constamment dépri-

mée par la pression abdominale ne demandera qu'à glisser de nouveau et entraînera la vessie. Par ailleurs, la simple myorraphie des releveurs ne supprime pas l'urétrocèle : seule, une colporraphie antérieure partant du méat urinaire est capable de supprimer ces petites incontinences d'urines à la toux ou à l'effort dont se plaignent les malades.

En faisant l'analyse critique de nos résultats éloignés nous avons pu constater que lorsqu'il y avait récédive, celle-ci débutait presque toujours par la cystocèle et la réapparition d'une incontinence d'urines légère : ne jugeant pas indispensable la colporraphie antérieure, nous l'avions volontairement négligée ou trop parcimonieusement exécutée.

Cette colpectomie partielle antérieure très importante à notre avis, a pu être complétée dans les cas de cystocèle volumineuse par la myorraphie antérieure des releveurs. Préconisée par DELANGLADE en 1902, reprise par CHAPUT en 1905 elle fut tentée à nouveau par SALVA MERCADÉ et MARION qui présentèrent en 1919 à la Société de Chirurgie des malades opérées suivant cette technique ; nous en possédons également une observation. Opération efficace puisque la vessie est directement soutenue par les releveurs accolés, on ne peut lui reprocher que sa complexité : elle nécessite une dissection très étendue sur les côtés de la vessie, elle s'adresse d'autre part à des muscles très écartés l'un de l'autre, souvent atrophies et de qualité médiocre. Relativement possible mais non indispensable dans les petites et moyennes cystocèles où une large colporraphie antérieure la supplée avec avantage par sa facilité, l'opération de Delanglade trouve son intérêt précisément dans les cas où elle est difficile, c'est-à-dire dans les grosses cystocèles ; ainsi s'expliquent les récédives assez fré-

quientes, l'atrophie du releveur étant d'autant plus marquée que le prolapsus est plus volumineux.

La périnéorraphie avec myorraphie des releveurs constitue le temps fondamental de la triple opération et son but nous semble suffisamment connu : si la myorraphie offre à l'appareil utéro-vaginal un puissant moyen de soutien, elle a le rôle non moins important de rendre au vagin son obliquité normale, inverse de l'axe de l'utérus et de diminuer ainsi les risques de récidue.

Cette myorraphie doit être aidée dans son effort de soutien non seulement par la colporrhaphie antérieure dont nous avons vu l'intérêt, mais aussi par la colpectomie partielle postérieure qui contribue à rétrécir le vagin, facilite la reconstitution de l'éperon périnéal et la plastique de la vulve.

Nous nous sommes suffisamment expliqué sur le rôle de l'hystéropexie en étudiant la physiologie de la suspension utérine : rappelons cependant qu'elle ne saurait à elle seule guérir un prolapsus puisque le vagin est le principal coupable de la chute des organes. Par contre associée à la colpopérinéorraphie, l'hystéropexie peut parfaire le résultat opératoire en rétablissant l'antéversion physiologique de la matrice : dès lors, elle supprimera les troubles qu'engendre la fréquente rétroversion des prolapsus mais surtout elle détruira le parallélisme des axes du vagin et de l'utérus.

Après avoir indiqué le but de la colpopérinéorraphie il nous est loisible d'en PRÉCISER LES INDICATIONS :

Sont justiciables de la colpopérinéorraphie les prolapsus légers, les prolapsus moyens et le prolapsus total de la femme jeune comme nous le verrons. Quel que soit le degré des lésions, on pratiquera la colporrhaphie antérieure et la colporrhaphie postérieure associées à une périnéoplastie avec myorraphie des releveurs,

La myorraphie des releveurs est le temps fondamental admis par tous les chirurgiens comme nécessaire sans se montrer toujours suffisant : quelle valeur accorder à des releveurs minces, atones, très écartés, se déchirant facilement sous les points de suture ? A ces muscles fragiles, il ne faut point trop demander ; ils ne peuvent soutenir un vagin étiré et flasque dont les parois distendues glissent vers la vulve ; dans ces conditions — qui sont celles de presque tous les prolapsus moyens — la colporraphie antérieure et la colporraphie postérieure sont formellement indiquées.

Mais dans les prolapsus légers, que faire ? Faut-il se contenter d'une simple myorraphie ? Les releveurs sont épais, contractiles, faiblement écartés, la cystocèle bombe à peine, la paroi vaginale postérieure forme à la vulve un bourrelet insignifiant. Dans ces prolapsus à leur début, nous estimons qu'il faut agir comme dans les prolapsus moyens ; notre Maître, le Dr BERGERET, s'est parfois abstenu de faire une colporraphie antérieure en présence de cas qui paraissaient légers : plusieurs malades revues longtemps après l'opération avaient un périnée solide, mais la cystocèle jadis peu apparente s'était accentuée et demandait une intervention itérative c'est-à-dire une colporraphie antérieure.

Nous n'ignorons pas que beaucoup de chirurgiens se contentent d'une simple myorraphie des releveurs dans les prolapsus à peine ébauchés : mais leur opinion repose-t-elle toujours sur des résultats jugés à longue échéance ? Plus que toute autre opération, la réfection du périnée qui s'avère souvent parfaite dans ses résultats immédiats, demande un contrôle prolongé ; une périnéorraphie bien faite peut être sujette à récédive chez des malades dont les tissus déficients s'altéreront encore sous l'influence de l'âge et de l'incessante poussée abdominale,

L'hystéropexie sera associée à la colpopérinéoraphie en présence d'une rétroversion manifeste ou lorsque le corps utérin très mobile montrera une tendance marquée à la rétrodéviation. Nous avons coutume de faire la périnéorraphie et la ligamentopexie en une seule séance opératoire ; mais on peut réserver l'hystéropexie pour un temps spécial : l'inconvénient est que les malades se prêtent peu volontiers à une seconde intervention quelques semaines après la première.

Si donc la thérapeutique des prolapsus partiels, légers ou moyens, consiste en une myorraphie des releveurs avec colporraphie antérieure et colporraphie postérieure, comment traiter les déchirures périnéales si fréquentes à l'origine des prolapsus utéro-vaginaux ?

Ces déchirures sont en général réparées aussitôt après l'accouchement ; mais il arrive que la suture immédiate n'a pas tenu, ou que la déchirure a été méconnue ou volontairement abandonnée pour cause d'infection. Dans ces cas, le chirurgien attendra au moins trois ou quatre mois après l'accouchement pour intervenir sur le périnée : il est nécessaire que la cicatrisation date de quelques mois pour voir disparaître tout risque d'infection ; il faut d'autre part que les tissus aient repris leur consistance normale et n'opposent pas à l'opération une trop grande friabilité. Ces déchirures périnéales doivent être considérées comme des prolapsus en puissance : nombre d'entre elles ne se compliqueront pas d'abaissement utéro-vaginal, mais lorsqu'on examine les malades, il est souvent difficile de préjuger de la qualité des tissus : telle déchirure s'en tiendra là, telle autre non réparée s'accompagnera tôt ou tard d'effondrement pelvien.

Quoi qu'il en soit, il n'y a ni cystocèle, ni rectocèle, le col utérin n'est pas abaissé : la déchirure entraîne

seulement une béance de la vulve. Il faudra faire une colporraphie postérieure avec myorraphie des releveurs ; on renoncera à la colporraphie antérieure qui n'a pas sa raison d'être et serait d'ailleurs fort malaisée sur une vessie non saillante. En cas de déchirure complète, on fera une myorraphie du sphincter anal après avivement des deux bouts.

*
* *

Les indications de la colpopérinéorraphie étant posées il nous semble utile de décrire la TECHNIQUE de cette opération telle que la pratique le D^r BERGERET.

Colporraphie antérieure :

Incision en losange de la paroi vaginale antérieure, en évitant que l'extrémité supérieure et les angles latéraux de ce losange soient trop pointus. La résection de la paroi antérieure du vagin doit partir d'un point situé immédiatement en arrière du méat afin de supprimer l'urétrocele qui est fréquente : cette résection s'élargit rapidement ; ainsi l'urètre sera soutenu et le col de la vessie bien relevé lorsque les tranches vaginales auront été suturées l'une à l'autre. L'ablation de la paroi vaginale antérieure est toujours très facile.

Dans les cas de cystocèle marquée, il faut disséquer les lèvres latérales de la résection losangique pour rechercher le bord interne des releveurs ou, si on ne le trouve pas, des éléments fibreux résistants qui serviront à faire un plan profond solide.

On rapproche les tranches vaginales par un surjet de catgut qui faufile la surface cruentée afin d'éviter les espaces morts et les hématomes. Ce surjet part du col pour finir au méat urinaire ; on enfonce dans la cavité

vaginale les parties suturées au fur et à mesure qu'elles le sont.

Colporraphie postérieure, périnéorraphie et myorraphie des releveurs :

Marquer par deux pinces de Chaput placées sur les grandes lèvres les deux points qu'on rapprochera pour ramener la vulve à ses dimensions normales : ces points doivent être choisis avec soin car ils délimiteront la commissure postérieure de la nouvelle vulve dont il ne faut pas négliger le résultat plastique. Faire une incision curviligne allant d'une pince à l'autre, le long de la ligne cutanéomuqueuse. Il est souvent avantageux de brancher sur le milieu de ce tracé concave une incision antéro-postérieure s'arrêtant à un demi-centimètre de l'anus : on obtient ainsi beaucoup de jour.

Les téguments sont incisés dans la ligne courbe antérieure jusqu'à ce que l'on parvienne aux espaces décollables latéraux : l'index gauche coiffé d'une compresse et pénétrant dans un de ces espaces refoule le rectum en arrière tandis que les ciseaux courbes décollent doucement le vagin en le repoussant d'arrière en avant : ils s'enfoncent ainsi très facilement jusqu'au bord interne du releveur qu'il est aisé de sentir et de dépasser.

On procède de la même façon du côté opposé.

Un aide tend alors le vagin agrippé au niveau de la fourchette par une pince de Chaput. A ce moment, l'aspect de la plaie est le suivant : des adhérences fibreuses fixent le rectum au vagin sur la ligne médiane postérieure ; de chaque côté se trouvent les cavités creusées aux ciseaux courbes et qui représentent les décollements latéraux. Le bistouri coupe rapidement les adhérences médianes : cette section poursuivie jusqu'à la zone décollable permet d'aller jusqu'au cul-de-sac péritonéal,

Si l'on veut être très prudent, on peut introduire le médius et l'index gauches revêtus d'une compresse dans chacune des cavités latérales ; de cette façon, on évite la blessure du rectum et les adhérences médianes mieux tendues se laissent plus facilement couper.

Avant de procéder à la résection vaginale, on dégage nettement le bord interne des releveurs dont il faut pousser la dénudation le plus en avant possible.

La colpectomie partielle postérieure est une résection en coin qui va d'une pince de Chaput à l'autre ; elle se termine en pointe le plus haut possible pour que la partie supérieure de la suture ne fasse pas une saillie en éperon. Cette résection effectuée, on amorce le surjet qui va rapprocher les tranches vaginales en commençant, cela va sans dire, par le haut.

Lorsque les premiers points du surjet sont parvenus à la hauteur des releveurs, on confie le fil à un aide et par trois ou quatre points de catgut chromé, on rapproche le bord interne des releveurs en faufilant tous les tissus intermédiaires. Deux ou trois points de catgut chromé sur les plans superficiels complètent la réfection du périnée.

On termine alors le surjet qui rapproche les lèvres de la résection vaginale en prenant grand soin de la plastique vulvaire. Il ne reste qu'à mettre deux ou trois crins sur la peau.

Mèche dans le vagin, sonde de Pezzer dans la vessie si la malade ne peut être sondée par une infirmière experte.

Soins post-opératoires :

La malade sera constipée pendant quatre à cinq jours et purgée le sixième. La mèche vaginale a été retirée le troisième jour, les irrigations bi-quotidiennes aussitôt commencées et faites à basse pression.

Ablation des crins le septième jour,

STATISTIQUE OPÉRATOIRE DES PROLAPSUS PARTIELS

et

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Ce travail est basé sur 79 observations qui constituent tous les cas de prolapsus partiels opérés par le D^r BERGERET de 1917 à 1932.

Nous avons revu personnellement les malades qui ont répondu à nos convocations :

— 53 opérées présentent un résultat parfait : les troubles fonctionnels ont complètement disparu, le périnée est solide, la fourchette reconstituée ramène la vulve à ses dimensions normales.

Sur ces 53 cas, 3 femmes ont accouché sans incidents une ou plusieurs années après l'intervention ; 2 malades opérées en 1921 et en 1922 sont mortes deux ou trois ans plus tard, l'une d'une affection pulmonaire, l'autre à la suite d'une intervention d'urgence dont on ignore la cause.

— 19 opérées qui présentaient des suites immédiates excellentes n'ont pu être retrouvées.

Enfin notre statistique comporte 4 échecs partiels et une récurrence totale dont nous tenons à préciser les raisons :

— 3 malades chez lesquelles la colporraphie antérieure n'avait pas complété la périnéorraphie ont présenté à échéance plus ou moins lointaine une récurrence de cystocèle : il s'est donc agi d'une faute de technique à une époque où la colporraphie antérieure n'avait pas encore pour nous la signification primordiale que nous lui attribuons aujourd'hui.

— Les 2 autres échecs sont imputables à la médiocre qualité de la musculature périnéale : la myorraphie faite sur des releveurs fragiles et atones s'est laissée peu à peu disjoindre sous l'effet de la poussée abdominale.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROLAPSUS GÉNITAL TOTAL

Nous venons de voir que la colpopérinéorrhaphie était l'opération de choix non seulement dans les prolapsus partiels mais aussi dans le prolapsus total de la femme jeune ; on ne saurait en effet opposer à ce dernier une intervention mutilante pas plus qu'un cloisonnement du vagin. Le prolapsus complet chez une malade jeune est heureusement exceptionnel : nous n'en rapportons aucun cas parmi nos opérées ; il nous a cependant été donné d'en observer un exemple récent dont voici l'observation :

Mme D..., âgée de 37 ans, consulte en février 1932 pour un prolapsus génital total, ayant débuté l'an dernier sans cause appréciable. En janvier 1931, la malade qui jusque-là n'accusait aucun trouble, éprouve une sensation de pesanteur pelvienne à la fatigue ou à l'effort ; elle constate qu'une grosseur de la dimension d'une noix sort de la vulve.

Au milieu de l'année 1931, la malade éprouva au cours d'un effort une douleur subite dans le pelvis et la totalité de l'utérus sortit du vagin ; dès lors apparut une pollakiurie permanente qui décida la malade à entrer à l'hôpital.

Antécédents personnels : souffre parfois de névralgies sciatiques : est atteinte d'ulcères variqueux depuis quelques années.

Antécédents obstétricaux : premier accouchement normal à l'âge de 21 ans, enfant bien portant ; deuxième accouchement à l'âge de 23 ans, suivi d'une déchirure périnéale non recousue ;

enfant mort de méningite tuberculeuse. Troisième accouchement normal à l'âge de 26 ans, enfant mort à 17 jours de convulsions.

A l'examen : paroi abdominale flasque, couverte de nombreuses vergetures. Vulve béante, présentant au niveau de la fourchette la cicatrice d'une déchirure périnéale ancienne. Cystocèle de la grosseur d'une mandarine ; rectocèle peu accentuée.

Toucher vaginal : le doigt bute contre le col utérin qui dépasse la vulve ; on ne sent pas la corde des releveurs lorsque la malade se contracte. Quand la malade se met debout ou fait un effort, l'utérus sort complètement du vagin et pend entre les cuisses ; il est très mou et se réduit spontanément en position couchée ou assise.

La déchirure périnéale post-obstétricale ne saurait être incriminée dans l'apparition de ce prolapsus et le rôle de la dystrophie tissulaire est indubitable.

Il semble bien que la colpopérinéorrhaphie avec hystéropexie soit la seule intervention qui puisse être raisonnablement tentée chez ces malades en pleine période d'activité génitale. L'hystéropexie complémentaire ne doit pas être négligée ; avec Schwartz et Huard, nous pensons que chez la femme d'âge moyen « la chute de l'utérus prend une importance prépondérante et c'est une faute de ne pratiquer que la colpopérinéorrhaphie seule : après cette opération, le col utérin vient déprimer un périnée recréé avec de nouveaux muscles, périnée qui ne saurait résister longtemps à cet effort continu ». Il ne s'agit plus d'une hystéropexie indirecte qui s'adresserait à des ligaments ronds étirés et fragiles mais d'une hystéropexie directe, corporéale ou isthmique ; encore ne sera-t-on pas à l'abri d'une récurrence possible puisque toutes les sutures sont faites dans des muscles de médiocre qualité.



Dans la très grande majorité des cas, les prolapsus totaux concernent des femmes ayant franchi la ménopause : des douze malades que nous avons opérées, la moins âgée avait 50 ans, la plus âgée 73 ans. Longtemps réductibles, ces prolapsus deviennent peu à peu de véritables hernies génitales ayant perdu droit de cité dans le pelvis : les éléments de suspension sont élongés, réduits à de minces tractus ; le périnée est flasque et distendu ; quant aux muscles releveurs, minces bandes lamelleuses très écartées, ils ne sauraient permettre une myorrhaphie efficace dans cet effondrement pelvien.

Nombreuses sont les interventions qui ont été opposées au prolapsus total : les unes conservatrices de l'utérus et du vagin, les autres mutilantes.

Les opérations conservatrices

Le cerclage du vagin.

Tenté par FREUND, de Strasbourg, puis par JACOBS, de Bruxelles, le cerclage du vagin a été repris par DE FOURMESTRAUX. Un fil d'argent de calibre moyen est faufilé sous la muqueuse vaginale à 3 cm. de la vulve : il passe en haut dans la paroi vésico-vaginale, en bas dans la cloison recto-vaginale ; ce fil est fermé en bourse au niveau de son point d'introduction et réalise ainsi un véritable pessaire sous-muqueux.

DE FOURMESTRAUX a eu l'occasion d'appliquer 16 fois cette technique chez des femmes âgées, d'état général précaire. Le cerclage rétrécit le vagin, mais il a l'inconvénient d'ulcérer bientôt la muqueuse et de devenir intolérable : chez 5 de ses opérées, DE FOURMESTRAUX

fut obligé de retirer le fil qui ne pouvait plus être supporté.

THÉVENARD a utilisé 3 fois le cerclage du vagin chez des femmes débilitées ; le résultat immédiat fut satisfaisant mais au bout de trois mois, les fils s'éliminèrent par ulcération vaginale.

Il semble donc que le cerclage du vagin ne puisse entrer dans la thérapeutique courante des prolapsus et ne soit réservé qu'à des cas très exceptionnels où la médiocrité de l'état général demande une intervention simple, rapide et peu shockante.

L'opération de Le Fort.

Nous ne parlerons pas de la technique préconisée primitivement par Le Fort ; elle consistait à faire un timide avivement médian des parois vaginales : tous les chirurgiens partisans du cloisonnement du vagin pratiquent aujourd'hui l'opération de Le Fort élargie qui accole les parois vaginales sur une large étendue et ne ménage que deux pertuis latéraux pour l'écoulement des sécrétions.

Très en vogue en France et à l'étranger, le cloisonnement du vagin fut délaissé vers la fin du siècle dernier au profit de l'opération de Bouilly qui, au dire de son auteur, devait suffire dans tous les cas de prolapsus. En ces dernières années, le cloisonnement élargi semble connaître un regain d'actualité : CHAVANNAZ dans la thèse d'AUSTRY publie 12 observations dont 5 malades revues en excellent état. COTTE et CREYSSEL consacrent en 1922 un remarquable article à l'opération de Le Fort et relatent 12 cas avec 12 succès. A la même époque, le ^{Pr} LEJARS inspire la thèse de NORA sur l'opération de Le Fort élargie. Au congrès de Chirurgie de 1923, SAVARIAUD se fait un ardent défenseur de cette intervention ;

« la roue de la fortune ramène cette belle opération au rang qu'elle n'aurait jamais dû quitter ».

Depuis lors, il n'est point d'année où en France comme à l'étranger ne paraissent des travaux et des statistiques affirmant les avantages de ce procédé opératoire. SABADINI rapporte en 1923 10 excellents résultats sur 10 cas opérés. En 1925, CREMER dans sa thèse, publie 15 observations qui soulignent l'efficacité de la technique de Le Fort ; on y trouve cependant quelques échecs : une malade opérée en 1916 a vu son prolapsus réapparaître deux mois après par rupture de la bride fibreuse consécutive au cloisonnement. Dans un autre cas, la cicatrice déviée à gauche ménageait un espace à travers lequel une cystocèle faisait hernie. Chez une troisième malade, on note une récurrence complète quinze jours après l'intervention par manque de soudure des surfaces avivées.

CAFFEAU, sur 14 observations, note 1 échec post-opératoire par désunion consécutive à un effort de toux.

*
* *

En présence des nombreux succès publiés, on ne saurait contester les qualités du cloisonnement élargi du vagin : notre Maître, le Pr J.-L. FAURE pratique depuis longtemps cette opération ; il la trouve simple, rapide et bénigne : ce sont des arguments qui comptent chez des malades âgées, débiles, sensibles au shock opératoire. Par ailleurs, si le cloisonnement est incapable à lui seul de maintenir des tissus trop relâchés ou un déplissement vaginal excessif, on le complète par une périnéorrhaphie. Enfin, l'opération de Le Fort peut, le cas échéant, bénéficier de l'anesthésie locale.

Mais en regard de ces avantages nombreux, il faut

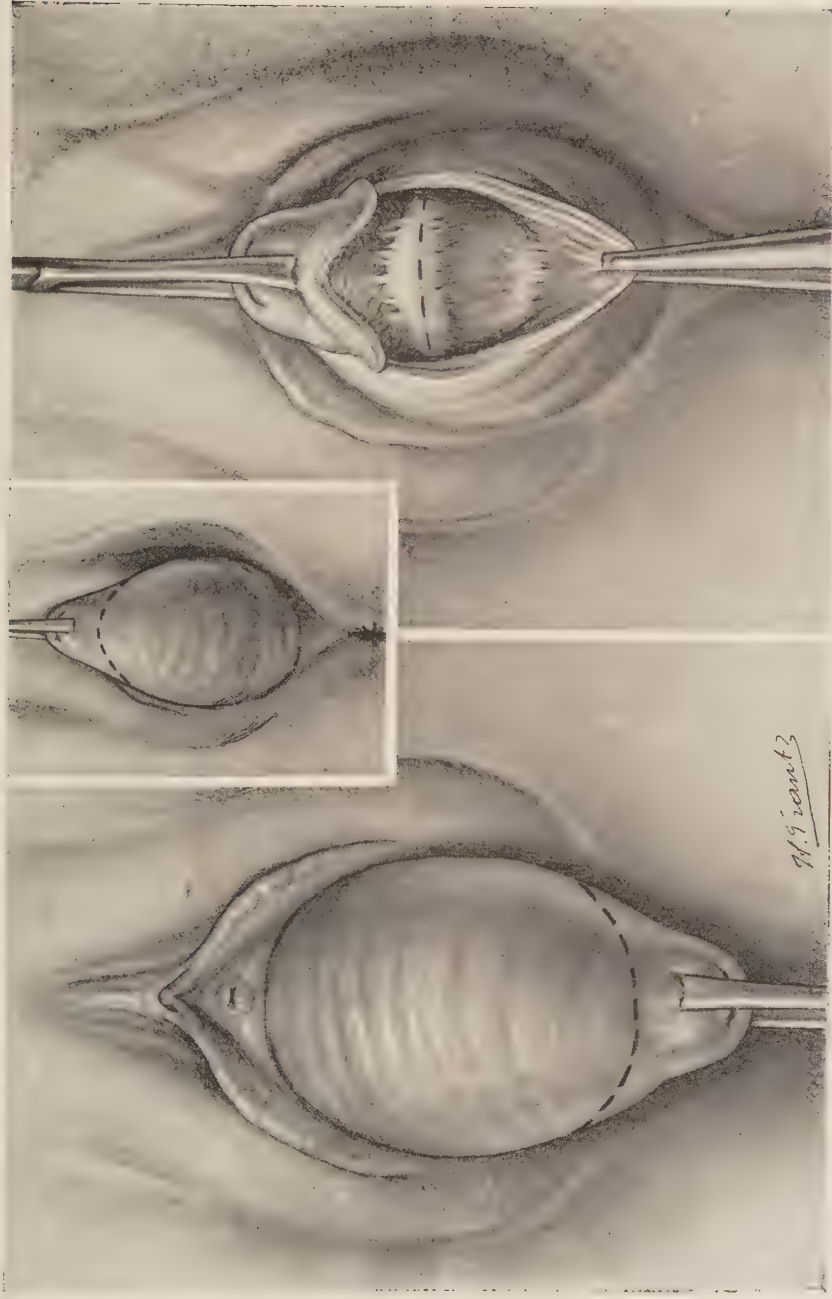
compter avec les inconvénients qui font que nous n'avons jamais pratiqué le cloisonnement du vagin. Quelles sont les raisons de cette abstention ?

Il nous répugne d'enfouir un utérus derrière une colonne vaginale longue et épaisse où il échappe à tout contrôle : si la cancérisation est rare, elle n'en est pas moins possible, qu'il s'agisse de dégénérescence du col ou de néoplasme du corps utérin ; ce dernier est plus fréquent qu'on ne le pense et souvent dépisté à son début grâce aux moyens d'investigation modernes, tels que le radiodiagnostic lipiodolé.

L'utérus peut être métritique : les deux gouttières latérales que laisse l'opération seront-elles suffisantes pour permettre le libre écoulement des sécrétions ? Si la bride fibreuse est étroite, l'utérus se drainera aisément mais la colonne cicatricielle y perdra en solidité ; si le cloisonnement est très élargi, les canaux très petits constitueront une voie d'évacuation insuffisante : notre Maître, le D^r BERGERET nous disait avoir vu récemment une malade opérée par le procédé de Le Fort ; les sécrétions utérines s'accumulant derrière la bride médiane transformaient le vagin en un cloaque enflammé et douloureux.

Une autre objection est que l'opération de Le Fort supprime la fonction sexuelle : cette intervention s'adresse il est vrai à des malades dont la vie génitale est éteinte ; mais COTTE ne cite-t-il pas le cas d'une femme de 60 ans qui paraissait justiciable d'un cloisonnement et chez laquelle pour satisfaire aux exigences du mari, il fallut donner la préférence à l'opération de Schauta-Wertheim ?

D'ailleurs comme le dit COTTE « on peut se demander si les rapports devaient être fréquents, ce qu'il en adviendrait et du cloisonnement et du prolapsus. » Enfin,



Pl. I. — Deux incisions à concavité supérieure délimitent deux vulves vaginales antérieure et postérieure qu'on dissèque jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux. A droite : ouverture du cul-de-sac de Douglas.

à côté des beaux résultats publiés, nous avons vu que le cloisonnement n'était pas exempt d'échecs : désunion primitive ou secondaire de la cloison médiane, élargissement d'une gouttière latérale permettant à l'utérus de s'y luxer ; on cite aussi la distension de la colonne cicatricielle après des efforts pénibles et SABADINI contre-indique l'opération chez les femmes sujettes à de fréquentes quintes de toux. On a vu la partie inférieure du vagin flasque et sans soutien entraîner la cloison artificielle « qui sort tout entière, s'effile et s'atrophie comme si une force active exerçait des tractions pour la rompre » (RICHELOT).

La périnéorrhaphie jointe au cloisonnement sera-t-elle toujours efficace si le vagin est flasque et très déplié ? CAFFEAU, qui défend l'opération de Le Fort, trouve cette périnéorrhaphie complémentaire malaisée car « on peut difficilement pratiquer le dédoublement de la cloison recto-vaginale sans retrouver la zone d'avivement du cloisonnement : on est donc presque forcé de faire une périnéorrhaphie très superficielle sans aller chercher les muscles releveurs. »

Périnéorrhaphie sans myorrhaphie des releveurs, quel crédit accorder à cette opération et quels résultats éloignés le chirurgien peut-il escompter ?

Les opérations mutilantes

La colpectomie totale ou subtotale

Partant de cette notion que le vagin était l'organe responsable du prolapsus génital — tout au moins chez les multipares — MULLER, de Berne, en 1896, eut l'idée de faire la colpectomie totale. Supprimer le vagin en disséquant deux lambeaux vaginaux qu'on sépare de la tumeur prolapsée, décoller la vessie, amputer le col uté-

rin, enfourer progressivement l'utérus sous une série de sutures placée de haut en bas, terminer enfin par une colpopérinéorrhaphie, tel est le procédé de Muller. En 1898 WORMSER, assistant de Muller, modifiait l'opération de son maître et faisait une colpectomie subtotale en réséquant par une excision losangique le dôme vaginal ; mais en 1894, CHAPUT et FOLET pratiquaient déjà la colpectomie subtotale en lui adjoignant l'amputation élevée du col et une colpopérinéorrhaphie.

La colpectomie partielle avec exclusion de l'utérus, type Wormser, ou la colpectomie subtotale avec amputation du col, type Chaput-Folet, ne semble pas avoir fait autant d'adeptes que l'opération de Muller : cette dernière, reprise en Allemagne par FREUND, par BUMM, fut surtout vulgarisée en France grâce à SAVARIAUD qui, dans la thèse de son élève JACOB, réunit 81 observations dont 80 succès. GASTON, en 1910, rapporte 5 cas de colpectomie totale avec résultats excellents et s'il refuse cette intervention aux femmes qui n'ont point renoncé aux relations conjugales, il cite cependant les deux malades de SAVARIAUD qui colpectomisées, avaient récupéré un vagin long et étroit, capable d'admettre un spéculum : SAVARIAUD attribue cette néoformation aux pansements vaginaux et à la rétraction cicatricielle de la colonne vaginale.

DUJARIER et LARGET sont restés fidèles à l'opération de Muller dont ils ont repris la technique en publiant leurs résultats : 15 cas opérés avec mortalité nulle et sans récidives.

Plus récemment, JAGOT a rapporté 44 observations : il faut dit-il, « tirer fortement sur le col utérin à l'aide d'une pince de Museux pour déplisser complètement le vagin et l'enlever ; 10 fois la colpectomie totale a été faite sur des malades qui avaient subi sans succès la



Pl. II. — Le cul-de-sac vésico-utérin étant ouvert et les artères cervico-utérines ligaturées, on place un fil sur la crosse de l'artère utérine, de part et d'autre de l'isthme.

ligamentopexie, la colpopérinéorrhaphie et même la colpectomie subtotala : dans ce dernier cas la languette de muqueuse vaginale médiane avait amorcé une zone de glissement et la récurrence était apparue. »

Pour les auteurs qui en sont partisans, la colpectomie totale ou subtotala est indiquée dans le prolapsus complet des femmes âgées ; si l'utérus est réductible, son exclusion s'effectue sans écueil ; s'il est irréductible, la colpectomie permet la réduction car « ce qui gêne, c'est moins l'utérus souvent rudimentaire que le vagin épaissi, œdématisé et hypertrophié. » Les opérées présentent à l'orifice vulvaire une bague fibreuse très solide, de hauteur variable et s'opposant à la récurrence.

La colpectomie a donc donné de très bons résultats entre les mains de ceux qui en ont la pratique : il faut savoir cependant que le dépouillement vaginal peut être difficile et entraîner un suintement en nappe ; malgré de nombreuses ligatures, il faut craindre un hématome qui, s'infectant, compromettra la solidité des sutures ; MULLER publie un échec à la suite de cet incident.

D'autre part, ROUHIER rapporte le cas d'un volumineux prolapsus génital avec grosse rectocèle qu'il traita par le procédé de Muller : après l'intervention, il se produisit une distension de l'anus, puis un prolapsus rectal.

On ne saurait condamner la colpectomie sur les rares échecs que publient certaines statistiques, mais cette opération nous semble passible des mêmes reproches que le cloisonnement du vagin : l'utérus enfoui échappe à tout examen, il ne peut évacuer ses sécrétions et reste susceptible de se cancériser. On a dit, il est vrai, que la colpectomie se faisait chez des femmes dont la matrice était atrophiée et en voie de sclérose : Mais pourra-t-on toujours se fier à cette involution sénile de l'utérus ?

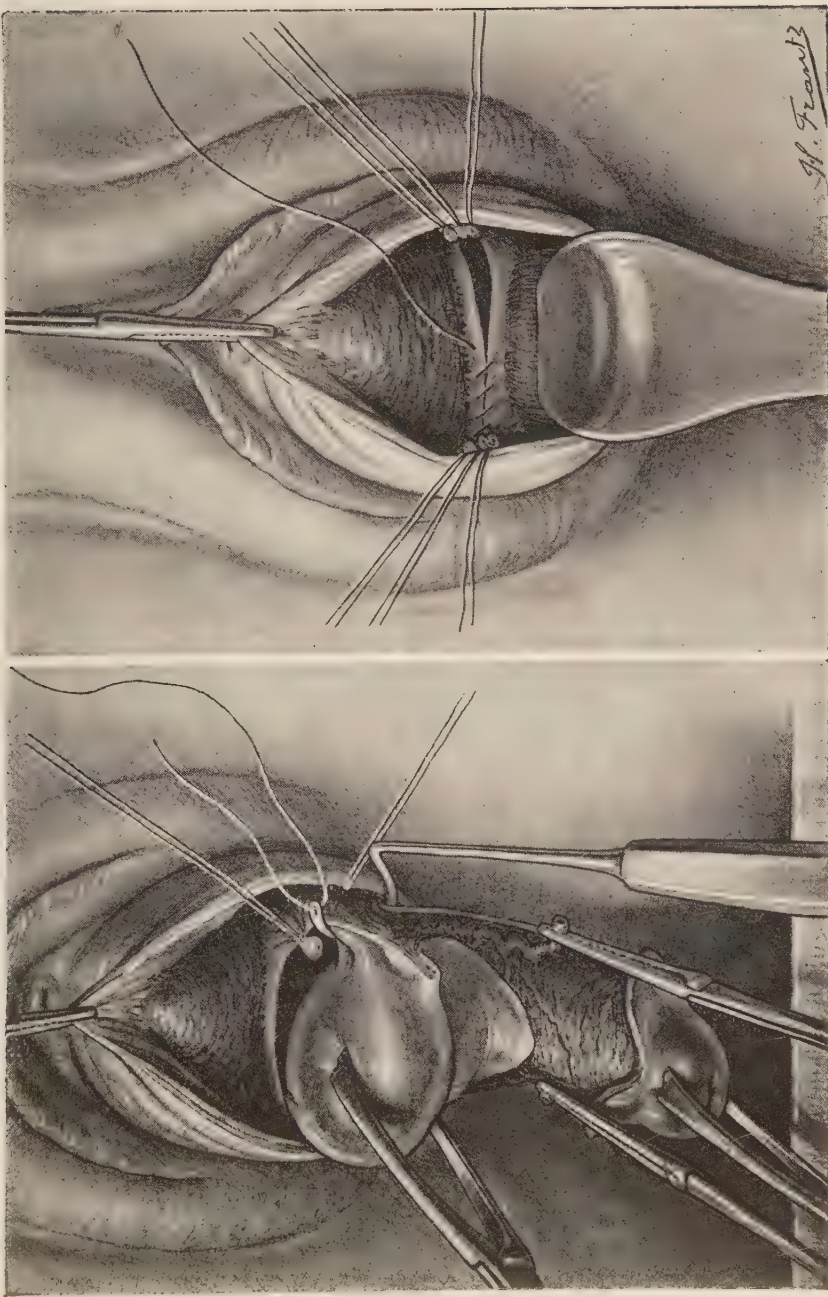
L'hystéro-colpectomie.

Préconisée pour la première fois par FRITSCH, en 1889, l'hystéro-colpectomie totale reprise en France par CHAPUT et Pozzi devait être bientôt abandonnée au profit de la colpectomie ou du cloisonnement du vagin. En ces dernières années, on est revenu sur l'opportunité de cette intervention mutilante : LAPOINTE, dans la thèse de BRÉTÉGNIER, publie sa statistique qui porte sur 12 malades opérées par l'hystéro-colpectomie totale : 11 fois, les suites opératoires furent parfaites, une malade est morte d'urémie au troisième jour. DELIVET, élève de DESMAREST, mettant en parallèle la colpectomie simple et l'hystéro-colpectomie, conclut que l'hystérectomie vaginale n'aggrave pas le pronostic opératoire malgré l'âge avancé des malades. Des 21 opérées de DESMAREST, 13 ont présenté un résultat excellent, 2 sont décédées sans que la mort soit imputable à l'opération, 5 n'ont pu être retrouvées.

Une malade a présenté au bout de 27 mois une légère rectocèle post-opératoire : l'hystéro-colpectomie n'avait pas été complétée par une périnéorraphie.

*
* *

Si nous avons montré les inconvénients du cerclage du vagin et les risques qu'entraîne l'exclusion de l'utérus après colpectomie ou cloisonnement vaginal, nous ne saurions assez insister sur les avantages de l'hystérocolpectomie ; cette opération nous a toujours donné d'excellents résultats ; outre qu'elle supprime un utérus de médiocre qualité, parfois métritique et porteur d'ulcérations, elle comprend l'exérèse du vagin et s'oppose de ce fait à toute récurrence possible du prolapsus. Elle offre enfin l'avantage incontestable de permettre.



Pl. III. — Après section de l'artère utérine on bascule l'utérus à travers l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin ; ligature et section des ligaments ronds et des pédicules utéro-annexiels.
On exerce une légère traction sur les fils de ligature pour extérioriser les angles de la brèche péritonéale et faciliter ainsi la fermeture du péritoine.

une bonne myorrhaphie des releveurs dont les faces aisément repérables après l'ablation du vagin, seront suturées sur toute leur étendue : dès lors, il ne s'agit ni de myorrhaphie postérieure, ni de myorrhaphie antérieure mais bien d'une myorrhaphie totale qui, partant de la région pré-rectale ferme le périnée jusqu'à la vessie et s'oppose ainsi à toute récidue.

On a prétendu que l'hystéro-colpectomie était grave et shockante : ses adversaires lui objectent l'ouverture du péritoine et la ligature de vaisseaux importants ; on ne saurait accorder un réel crédit à de tels arguments.

Le Pr J.-L. FAURE qui a une grande expérience de l'hystérectomie vaginale, dit avec juste raison que cette intervention, essentiellement bénigne, est précisément indiquée chez les malades âgées, ou dont l'état général médiocre ne pourrait supporter une hystérectomie abdominale.

Opération de courte durée, non suivie du shock qu'entraînent les manipulations intestinales, l'hystérectomie vaginale ne saurait être contre-indiquée par la déficience de l'état général. D'ailleurs une malade qui ne peut supporter une hystérectomie vaginale, ne sera point capable de surmonter une autre intervention.

Quelles sont les indications de l'hystéro-colpectomie ?

En sont justiciables, tous les prolapsus totaux des femmes âgées à la condition toutefois que les malades admettent la suppression de leur vagin ; on ne saurait, en effet être trop explicite sur ce point : il est difficile comme le dit LAURENTIE « d'assigner une limite exacte à la vieillesse génitale féminine ; ne sait-on pas du reste, que sur ce terrain, la diversité des cas particuliers domine toute considération générale ».

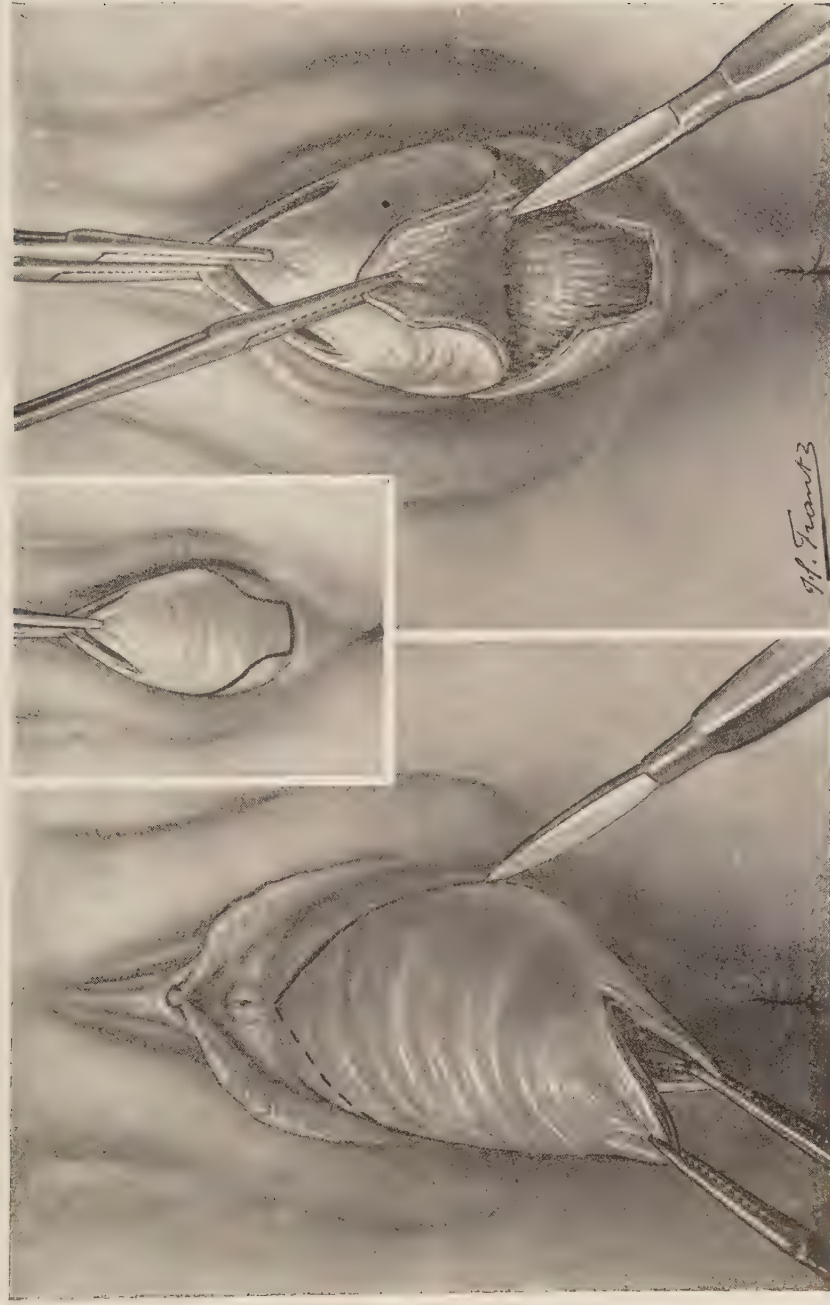
— Elle constitue l'opération de choix et ne peut se

discuter lorsque le prolapsus total présente des lésions utéro-annexielles concomitantes.

— Enfin, nous préconisons l'hystéro-colpectomie contre les prolapsus qui surviennent après une hystérectomie totale. Il s'agit le plus souvent d'un glissement complet des parois vaginales et du moignon cervical restant ; à cet effondrement pelvien ne saurait suffire la myorrhaphie de releveurs fragiles et atrophiés ; le choix de l'hystéro-colpectomie souffre d'autant moins d'hésitation que le corps utérin a été préalablement supprimé.

Le Dr BERGERET pratiquait autrefois l'hystéro-colpectomie totale qui, tout en donnant de très bons résultats offrait cependant certains inconvénients : l'ablation de la totalité du vagin laissait une large surface cruentée dont la cicatrisation complète demandait environ 2 mois ; celle-ci pouvait être encore retardée par la persistance d'un léger écoulement séreux.

A l'hystérectomie suivie d'exérèse complète du vagin nous préférons aujourd'hui l'hystéro-colpectomie subtotale qui conserve la partie inférieure du conduit vaginal jusqu'à la hauteur du bord interne des releveurs : Ce procédé n'offre aucun intérêt d'ordre génital puisqu'il s'adresse aux femmes dont la vie sexuelle est éteinte, mais grâce à l'ablation incomplète du vagin, l'intervention est moins mutilante et mieux acceptée que l'hystéro-colpectomie totale. Par ailleurs, la rapide cicatrisation des tranches vaginales autorise le lever au quinzième jour ; cette considération a son importance auprès de certaines malades que leur condition sociale pousse à reprendre sans tarder le travail quotidien.



Pl. IV. — Le tracé de la colpéctomie débute au-dessous du méat, chemine parallèlement aux grandes lèvres et se termine en arrière par une excision partielle de la fourchette.
A droite : début du décollement vaginal postérieur.

Technique de l'hystéro-colpectomie subtotale

1^o Hystérectomie vaginale :

a) Une pince de Museux saisit le col utérin et l'attire le plus possible au dehors. On trace sur les parois vaginales antérieure et postérieure deux incisions à concavité supérieure, s'incurvant sur chaque lèvre du col pour se rejoindre latéralement et remonter assez haut. Ainsi sont délimitées deux valves vaginales antérieure et postérieure qu'on dissèque jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux : ceux-ci étant atteints doivent être largement ouverts.

Les artères cervico-utérines sont chargées sur un passe-fil et liées. On recherche de part et d'autre de l'isthme la crosse de l'artère utérine pour en faire l'hémostase tandis qu'une pince placée au ras du col arrête la circulation de retour venue des utéro-ovariennes. On coupe l'artère utérine après l'avoir liée.

La section des artères utérines et des implantations fibreuses avoisinantes permet un abaissement considérable de l'utérus.

b) A ce moment la matrice est basculée à travers l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin : sur un organe prolabé, cette manœuvre ne présente aucun écueil. Les ligaments ronds, visibles, sont liés puis sectionnés.

Lorsqu'on laisse en place les pédicules annexiels, il suffit de les sectionner au voisinage immédiat du corps utérin après en avoir fait la ligature. Si leur exérèse est commandée, la ligature et la section porteront en dehors des annexes.

Les fils de ligatures de l'artère utérine, du ligament rond et du pédicule utéro-annexiel de chaque côté doivent rester longs pour faciliter la fermeture du péritoine,

c) Cette fermeture péritonéale sera faite avec soin : il suffit de tirer légèrement et d'un seul côté sur les fils de ligatures des trois pédicules pour dégager et rendre aisément visible l'angle correspondant de la brèche péritonéale. Le surjet de fermeture débute au niveau de cet angle, il laisse au-dessous de lui et en dehors du péritoine les pédicules ligaturés et s'arrête sur la ligne médiane. On procède à la même manœuvre du côté opposé ; un nouveau surjet parti de l'angle opposé rejoint bientôt son homologue et la cavité péritonéale est complètement obturée.

Toute la difficulté réside dans le dégagement et dans la fermeture des angles de la brèche péritonéale.

2° Colpectomie :

d) L'incision qui marque la limite inférieure de la colpectomie part en pointe au-dessous du méat, chemine parallèlement aux grandes lèvres, à la hauteur du bord interne des releveurs et se termine en arrière par une excision partielle de la fourchette.

e) On fait le décollement antérieur et postérieur des deux valves vaginales : le plus souvent facile, ce temps peut être gêné par de solides adhérences entre la vessie et le vagin rendant l'exérèse de ce dernier assez malaisée. Il faut, dans ce cas, compléter le tracé vaginal primitif par une incision médiane antérieure et une incision médiane postérieure ; le dépouillement du vagin débute alors par la ligne médiane et s'en trouve facilité.

Lorsque les deux moitiés du vagin ont été libérées en avant et en arrière, il suffit de supprimer de haut en bas leurs attaches latérales en liant au fur et à mesure les artérioles rencontrées : celles-ci abordent, en effet, le vagin par le côté.

f) Le vagin étant enlevé et l'hémostase assurée, il est



Pl. V. — Une incision médiane antérieure et une incision médiane postérieure complètent le tracé vaginal primitif et facilitent le dépouillement du vagin.

utile de rapprocher les releveurs par quelques points de catgut chromé en faufilant tous les tissus intermédiaires. Si en raison du gros écartement des muscles, la myorraphie ne peut se faire aisément sous la vessie, on la remplace en constituant un solide plan fibreux fait de tout ce qui veut bien se laisser rapprocher.

g) On termine l'opération par un surjet antéro-postérieur qui rapproche les lèvres vaginales et rétrécit la vulve en arrière.

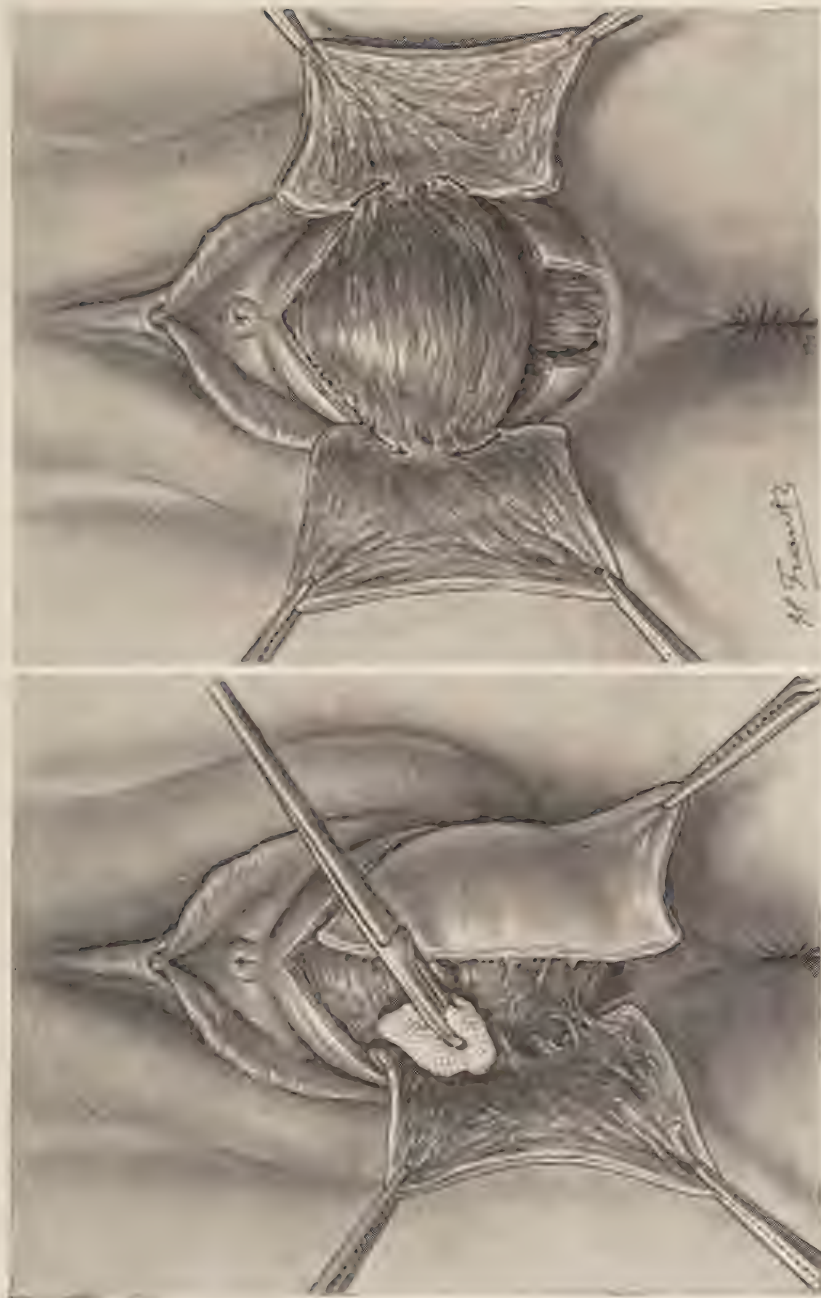
Une mèche tamponne la petite cavité vaginale ainsi formée.

3° Soins post-opératoires :

Diète et constipation de 48 heures : purge le troisième ou quatrième jour.

Sondage biquotidien ou sonde de Pezzer suivant les cas. Lever précoce.

Cette intervention donne d'une façon régulière d'excellents résultats : les tiraillements lombaires, les troubles vésicaux disparaissent. Anatomiquement, elle laisse un cul-de-sac vaginal de 3 à 4 cm. de profondeur.



Pl. VII — Les parois vaginales ont été décollées d'avant en arrière ; il saillit de filières de haut en bas leurs attaches latérales et la colpeotomie est terminée.

STATISTIQUE OPÉRATOIRE DES PROLAPSUS TOTAUX

et

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

— — —

Nos observations de prolapsus totaux s'échelonnent entre les années 1921 et 1932 et sont au nombre de 13.

Comme nous l'avons vu, les premières interventions s'adressèrent à l'hystéro-colpectomie totale. 7 femmes ont été opérées suivant cette technique :

— L'une sortie de l'hôpital en 1921 présenta un excellent résultat jusqu'en mai 1926, époque à laquelle elle mourut de bronchite aiguë.

— 4 malades opérées de 1922 à 1931 et revues récemment accusent des suites éloignées parfaites : un plan fibreux obture complètement la vulve, il n'y a plus trace de cystocèle ni de rectocèle,

— 2 malades n'ont pu être retrouvées.

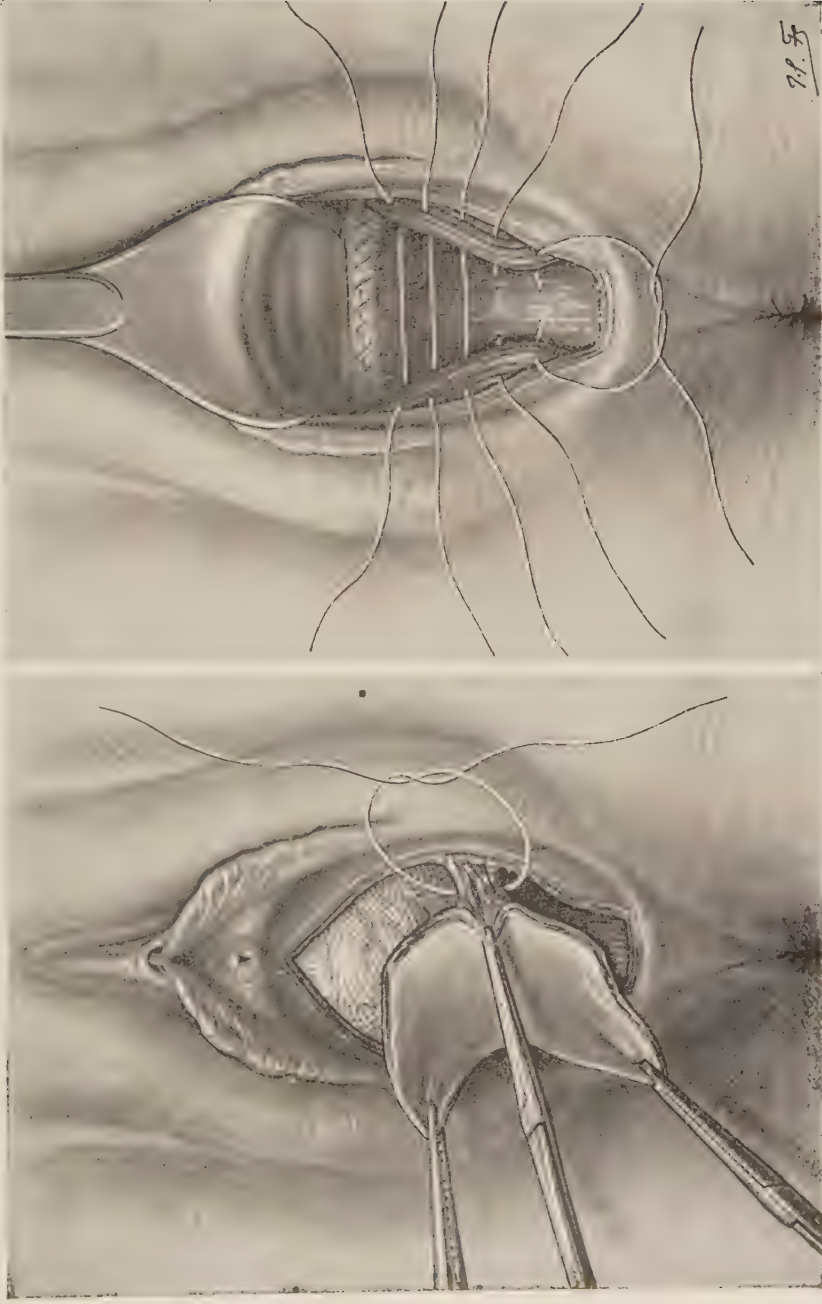
Pour les raisons que nous avons exposées, l'hystérectomie vaginale avec exérèse complète du vagin a été remplacée par l'hystéro-colpectomie subtotalé :

— 3 malades ainsi opérées en 1931, présentent actuellement un résultat parfait : le prolapsus a

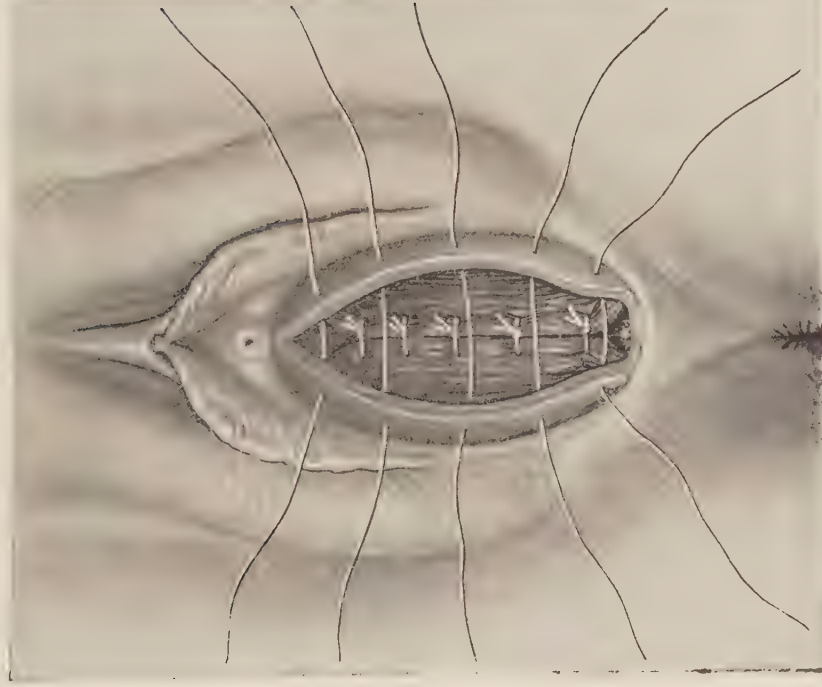
disparu pour faire place à un vagin étroit, long de 3 à 4 cm.

— 2 prolapsus après hystérectomie abdominale ont été traités par l'hystéro-colpectomie subtotale : les suites opératoires immédiates sont excellentes mais le résultat définitif devra être sanctionné ultérieurement.

Enfin, nous rapportons le cas d'une femme de 41 ans atteinte de prolapsus après hystérectomie subtotale. En raison de l'âge de la malade, on dut s'abstenir de l'exérèse vaginale au profit d'une colpopérinéorraphie étendue. Les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais il manque l'épreuve du temps pour apprécier la qualité définitive de la guérison.



Pl. VII. — Les artérioles qui abordent les attaches latérales du vagin sont toujours nombreuses, on en fait l'hémostase au fur et à mesure qu'on les rencontre.
Une valve retoule vers le haut la saillie de la cystocèle et tend les releveurs qu'en rapproche par quelques points de catgut.



off. Frantz

Pl. VIII. — La suture des releveurs est terminée ; remarquer l'étendue de la myorraphie ; celle-ci part de la région pré-rectale pour aller jusque sous la face inférieure de la vessie.
Un surjet antéro-postérieur rapproche les lèvres vaginales et crée ainsi un petit vagin qu'on tamponne par une mèche.

OBSERVATIONS

I. — Les prolapsus partiels

Obs. 1. — Mme C..., 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 janvier 1917 pour douleurs dans le bas-ventre ; ces troubles ont débuté en décembre 1916 après de nombreuses fatigues. La malade consulte un médecin qui porte le diagnostic de prolapsus utérin et conseille une intervention.

Antécédents personnels : Régée à 14 ans. Fièvre typhoïde à 28 ans.

Antécédents obstétricaux : A eu à 21 ans un accouchement normal sans déchirure du périnée ; Enfant bien portant.

A l'examen : On constate une cystocèle du volume d'une noix surtout accentuée lorsque la malade pousse ; la rectocèle est très peu marquée.

Toucher vaginal : Col utérin bas situé, de volume et de consistance normaux regardant dans l'axe du vagin, le corps utérin est très mobile, dans le prolongement direct du col. Les culs-de-sac sont libres.

Intervention (Dr Bergeret), 21 janvier 1918 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs : Hystéropexie directe : Ni colporraphie antérieure, ni colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade a été perdue de vue.

Obs. 2. — Mme Ch..., 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 12 février 1918 pour des douleurs à type de pesanteur pelvienne ; ces phénomènes ont débuté 6 mois après un accouchement normal survenu en 1914. La malade signale l'apparition d'une grosseur de la taille d'une noix faisant issue par le vagin ; l'apparition de cette masse s'est accompagnée de pertes blanches abon-

dantes, épaisses, inodores, ne tachant pas le linge. La malade souffre en outre d'une constipation tenace, l'obligeant à de sérieux efforts lorsqu'elle va à la selle. C'est au cours de ces efforts que la cystocèle se met à augmenter progressivement et décide la malade à une intervention.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement normal, en 1914 : Enfant bien portant.

A l'examen : Cystocèle globuleuse de la grosseur d'une mandarine, s'accroissant lorsque la malade pousse. Rectocèle aussi accentuée que la cystocèle.

Toucher vaginal : Le col regarde dans l'axe du vagin, il est petit et présente une déchirure au niveau de sa commissure. Corps utérin de volume normal remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Culs-de-sac souples et indolents.

Intervention (Dr Bergeret), 15 février 1918 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs : Tissus mous, releveurs peu épais et peu résistants. Colporraphies antérieure et postérieure.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 3. — Mme H..., 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 février 1918 pour de la pesanteur pelvienne. A eu en 1914 un premier accouchement qui provoqua une déchirure du col utérin suturée aussitôt. Depuis cet accouchement, la malade éprouve de la pesanteur périnéale après la fatigue. En 1916, second accouchement, normal, après lequel les douleurs augmentent et irradient aux régions lombaires. Les règles deviennent pénibles, et sont précédées d'une leucorrhée abondante, glaireuse, tachant le linge. En janvier 1918, les douleurs pelviennes ont encore augmenté et la malade entre à l'hôpital.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu deux accouchements normaux l'un en 1914, l'autre en 1916.

Toucher vaginal : Col regardant dans l'axe du vagin ; il est gros, présente une déchirure agrandissant son orifice. Corps utérin rétrofléchi, mobile, les annexes droites sont perceptibles et douloureuses, rien du côté des annexes gauches.

Intervention (Dr Bergeret) 19 février 1918 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs. Hystéropexie isthmique par

deux catguts chromés. Pas de colporrhaphie antérieure et postérieure.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 4. — Mme G..., 64 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1918 pour une masse faisant issue par le vagin. Cette grosseur est apparue pour la première fois en septembre 1917, au cours d'une marche un peu longue et n'a pas tardé à s'accompagner de pesanteur pelvienne. Cette grosseur du volume d'une mandarine entraîne des troubles de la miction : L'urine coule goutte à goutte, donnant à la malade l'impression qu'il y a un obstacle qui la gêne pour uriner.

Antécédents personnels : Régée à 15 ans, normalement ; ménopause à 55 ans.

Antécédents obstétricaux : A eu 5 accouchements normaux.

A l'examen : Cystocèle et rectocèle accentuées, obstruant l'orifice vaginal, faisant saillie hors de la vulve lorsqu'on demande à la malade de pousser ou de tousser.

Intervention (Dr Bergeret), 6 mars 1918 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs. Colporrhaphie antérieure. Cette myorrhaphie est recouverte d'un second plan suturé aux crins et formée par la peau et le tissu cellulaire.

Suites opératoires : La malade a été perdue de vue.

Obs. 5. — Mme G..., 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 juin 1918 pour une masse faisant issue par le vagin. Il y a 15 ans, à la suite d'un violent effort, la malade a ressenti une brusque douleur pelvienne qui disparut pour réapparaître à chaque fatigue. Huit ans après la malade faisant des efforts de défécation s'aperçoit qu'une masse sort du vagin et ne tarde pas à s'accompagner d'une gêne continue.

Antécédents personnels : Régée à 16 ans 1/2. Ménopause à 45 ans. Scarlatine à 14 ans. La malade très constipée est souvent obligée de prendre des laxatifs.

Antécédents obstétricaux : A eu deux enfants : L'un à l'âge de 21 ans, l'autre à 23 ans, l'aîné est mort de tuberculose aiguë à 30 ans.

A l'examen : Vulve béante par suite d'une déchirure du périnée qui va presque jusqu'à l'anus. Lorsque la malade pousse, une

éystocèle volumineuse fait issue hors de la vulve. La paroi postérieure du vagin fait une saillie moins marquée.

Toucher vaginal : Col utérin déchiré au niveau des commissures, son orifice regarde dans l'axe du vagin. Corps utérin difficile à sentir en raison de la résistance de la paroi. Les culs-de-sac sont souples.

Intervention (Dr Bergeret), 10 juin 1918 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs ; ni colporraphie antérieure, ni colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade a été perdue de vue.

Obs. 6. — Mme W..., 33 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 18 juin 1919 pour une petite masse faisant saillie hors du vagin. En 1912 la malade eut une déchirure périnéale à la suite d'un accouchement laborieux qui lui fit garder le lit pendant trois mois ; en se levant, elle constata une petite masse du volume d'une noix sortant entre les grandes lèvres. La malade se fit opérer en 1913, mais en 1918, la masse réapparut pour atteindre un an plus tard la grosseur d'un œuf.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement avec déchirure périnéale à 26 ans : Enfant bien portant.

A l'examen : Cystocèle de la grosseur d'un œuf lorsque la malade pousse. La paroi postérieure du vagin fait une très légère saillie.

Toucher vaginal : Col utérin régulier accompagnant la paroi antérieure du vagin dans son glissement. Corps utérin en légère rétroflexion ; tout le périnée est lâche et mou.

Intervention (Dr Bergeret), 23 juin 1919 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs : pas de colporraphie antérieure. Colporraphie postérieure par excision cunéiforme de la paroi postérieure du vagin que l'on ferme par un surjet. Suture de la peau aux crins.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 7. — Mme T..., 57 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 9 juillet 1919 pour une leucorrhée abondante et des douleurs pelviennes. La malade dit avoir toujours un peu souffert de pesanteur dans le bassin à la moindre fatigue. Elle présente depuis longtemps des pertes jaunâtres, épaisses, d'odeur fétide, empesant le linge.

En avril 1919, un médecin consulté diagnostique un prolapsus utérin et conseille une intervention.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu 5 enfants, 3 filles et deux garçons bien portants. Tous les accouchements ont été normaux.

A l'examen ; cystocèle du volume d'une noix, s'accroissant lorsque la malade pousse ; il existe également une rectocèle légère.

Toucher vaginal : Col régulier, légèrement descendu. Corps utérin en position normale. Lorsque la malade pousse, l'utérus s'abaisse avec la paroi antérieure du vagin. On sent latéralement les releveurs qui semblent très écartés.

Intervention (Dr Bergeret) 18 juillet 1919 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs. Colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 8. — Mme R... 26 ans : Entre à l'hôtel-Dieu le 6 février 1920 pour douleurs dans la fosse iliaque gauche. En décembre 1917, la malade était déjà venue pour un prolapsus utérin léger qui ne fut pas opéré. Le 30 janvier 1920, elle ressent au cours d'un effort une violente douleur dans la fosse iliaque gauche : Dès lors, la pesanteur pelvienne s'accroît rapidement quand la malade est debout pour disparaître complètement en position couchée.

Antécédents personnels : Réglée à 16 ans.

Antécédents obstétricaux : a eu un accouchement normal :
Enfant bien portant.

A l'examen : Vulve béante, la commissure postérieure n'est qu'à un travers de doigt de l'orifice anal. En faisant pousser la malade, une cystocèle et une rectocèle volumineuses apparaissent. Lorsque la malade est debout, l'utérus apparaît à la vulve et le col sort de quelques centimètres.

Toucher vaginal : On bute aussitôt sur le col déchiré transversalement et regardant en bas et en arrière. Corps utérin en légère rétroversion. Cul-de-sac droit rempli par une masse arrondie de la grosseur d'un poing pour laquelle on porte le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Intervention (Dr Bergeret) 16 février 1920 : Incision médiane sous-ombilicale ; kyste de l'ovaire droit : ablation des annexes

droites, hystéropexie directe. Puis périnéorrhaphie avec myorraphie de releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Obs. 9. — Mme P..., 32 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 16 avril 1920 pour de la pesanteur pelvienne qui la gêne pendant la marche. Ces troubles ont succédé à un accouchement survenu il y a 8 ans. En 1914, la malade accusa des douleurs dans la région lombaire et un médecin consulté attribua ces symptômes à une métrite qu'on traita par des tampons. En 1917, à la suite d'une fausse-couche, la pesanteur pelvienne réapparut et la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Antécédents personnels : réglée à 16 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : un accouchement normal en 1912. Trois fausses-couches : Une de 3 mois, en 1914 ; une de 2 mois en 1915, une de 5 mois en 1917.

A l'examen : Vulve très agrandie : Lorsque la malade pousse la paroi antérieure du vagin fait saillie en une cystocèle marquée.

Toucher vaginal : Col de consistance un peu molle, orifice largement ouvert, regardant en bas et en arrière, la lèvre antérieure étant beaucoup plus saillante que la postérieure. Corps utérin en situation normale. La cloison recto-vaginale est très amincie. Quand on fait contracter les releveurs, on sent que les bords en sont mous et très écartés.

Intervention (D^r Bergeret) 21 août 1920 : Périnéorrhaphie avec myorraphie des releveurs : Ni colporraphie antérieure, ni colporraphie postérieure.

Suites opératoires : la malade revue en février 1932 présente un excellent résultat : A eu un an après l'intervention un accouchement normal : garçon bien portant.

Obs. 10. — Mme D..., 35 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 11 juin 1920 pour des pertes blanches s'accompagnant de vives douleurs de la région hypogastrique droite et parce qu'elle a l'impression qu'une masse sort du vagin au cours de l'effort. Ces troubles ont succédé à de nombreux accouchements et sont apparus en 1913. Jusqu'en 1919, la malade est traitée pour sa leucorrhée ; la sensation d'une masse faisant saillie hors de l'orifice vaginal date de 1913 et a toujours subsisté depuis lors.

Antécédents personnels : Régulée à 15 ans, normalement,

Antécédents obstétricaux : la malade a eu trois accouchements laborieux, le premier en 1908, suivi de déchirure périnéale, le deuxième en 1912 avec nouvelle déchirure périnéale, le troisième en 1913 avec accentuation de la déchirure du périnée. Le premier et le troisième enfant sont morts jeunes de broncho-pneumonie.

A l'examen : Les parois antérieure et postérieure du vagin se déplissent lorsque la malade pousse et forment une cystocèle et une rectocèle légères.

Toucher vaginal : Col assez profondément situé, dont l'orifice déchiré regarde dans l'axe du vagin. Corps utérin en antéflexion normale.

Toucher rectal : le doigt recourbé en crochet s'introduit facilement dans la colpocèle postérieure et, coiffé de la muqueuse vaginale, vient ressortir par l'orifice vulvaire.

Intervention (Dr Bergeret) 30 juin 1920 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporraphie. Sutures des téguments aux crins

Suites opératoires : la malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 11. — Mme F..., 29 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 27 avril 1921 pour douleurs dans la région lombaire, survenant par intermittences, sous forme de tiraillements ; ayant débuté il y a deux mois et demi, elles atteignent leur maximum dans la station debout pour disparaître quand la malade est couchée.

Antécédents personnels : Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Crise d'appendicite en 1920 qui s'est calmée sans intervention.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement normal en 1918 ; enfant bien portant ; une fausse couche en 1920 ayant nécessité un curettage.

A l'examen : Vulve légèrement béante ; lorsque la malade pousse la paroi antérieure du vagin se déplisse légèrement. La rectocèle est à peine marquée.

Toucher vaginal : col utérin entr'ouvert, regardant en bas et très mobile. On ne sent pas le corps utérin par le palper combiné au toucher, mais le doigt vaginal en suivant la face postérieure du col arrive sur le corps utérin basculé en arrière. Les culs-de-sac sont souples et indolents.

Intervention (Dr Bergeret) 2 mai 1921 : périnéorraphie avec

myorraphie des releveurs. Suture des releveurs au catgut, crins sur la peau, pas de colporrhaphie.

Suites opératoires : La malade a été perdue de vue,

Obs. 12. — Mme S..., 23 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 23 mai 1921 pour douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Ces troubles ont débuté il y a sept mois après une grossesse suivie d'application de forceps. Ces douleurs s'intensifient à la marche ou à l'effort, prennent parfois le type d'élançements nocturnes.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement. Actuellement, la malade a des bronchites fréquentes, touse très souvent.

Antécédents obstétricaux : un accouchement en 1920, laborieux ayant nécessité l'application du forceps.

A l'examen : Lorsque la malade pousse, on voit apparaître une cystocèle et une rectocèle qui dépassent l'orifice vulvaire.

Toucher vaginal : Col utérin petit, de consistance ferme regardant dans l'axe du vagin et mobile dans tous les sens. Corps utérin en rétroversion, senti dans le cul-de-sac postérieur sous forme d'une masse arrondie et régulière.

Intervention (Dr Bergeret) 26 mai 1921 : Incision transversale sus-pubienne de Pfannenstiel ; rétroversion non adhérente que l'on réduit. Les ligaments ronds paraissant peu résistants, on fait une hystéropexie directe par deux catguts chromés, l'un sur la partie inférieure du corps, l'autre sur l'isthme utérin. Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 13. — Mme J..., 64 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 20 mai 1921 pour une masse de la grosseur d'un poing apparue entre les lèvres de la vulve. Cette tumeur sortie pour la première fois en 1918 rentrait facilement lorsque la malade était couchée. Malgré un pessaire qui fut porté pendant un an, la tumeur réapparut ; on ne note aucune douleur, aucun trouble de la défécation ou de la miction.

Antécédents personnels : réglée à 14 ans, normalement, Ménopause à 52 ans.

Antécédents obstétricaux : A eu 10 accouchements normaux d'enfants venus à terme ; premier accouchement à 21 ans deuxième,

à 22 ans, le dernier accouchement normal à 48 ans. La malade a fait une fausse-couche à 24 ans.

A l'examen : Toute la paroi antérieure du vagin retournée sort de la vulve : seule la portion urétrale plissée et abaissée ne se retourne pas complètement. On note un certain degré d'urérocèle. Il n'y pas de rectocèle. Lorsque la malade contracte ses muscles périnéaux, les muscles releveurs sont très écartés et paraissent peu solides.

Toucher vaginal : Col utérin abaissé, affleurant la vulve lorsque la malade pousse,

Intervention (D^r Bergeret) 1^{er} août 1921 : Résection en un large losange de la paroi antérieure du vagin, décollement des deux lèvres vaginales jusqu'à ce qu'on découvre les releveurs. Suture du bord interne de ces muscles qui réduit immédiatement l'énorme poche formée par la vessie herniée. Colpopérinéorrhaphie postérieure avec myorrhaphie des releveurs selon le procédé habituel.

Suites opératoires : Avait un excellent résultat jusqu'en 1929, époque à laquelle la malade est décédée d'une affection pulmonaire à l'âge de 73 ans.

Obs. 14. — Mme V..., 26 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier 1922 à la suite d'une déchirure périnéale survenue le 30 avril 1921 après un accouchement : cette déchirure fut réparée immédiatement et on pria la malade de revenir plus tard pour une intervention. La malade revient donc à l'hôpital comme on le lui a conseillé et n'a jamais présenté de troubles fonctionnels.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement le 20 avril 1921, suivi de déchirure périnéale.

A l'examen : Vulve béante, présentant dans sa partie postérieure la cicatrice d'une déchirure périnéale ; lorsque la malade pousse, une cystocèle du volume d'une noix fait saillie à la vulve ; il n'y a pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col bas situé, mobile et non douloureux. Corps utérin mobile au-dessus de la symphyse, en antéversion normale. Les culs-de-sac sont souples et indolents.

Intervention (D^r Bergeret) 24 janvier 1922 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, ni colporraphie antérieure, ni

colporraphie postérieure ; à noter que les releveurs sont très solides et peu écartés.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 15. — Mme D..., 24 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 30 mars 1922 pour phénomènes douloureux dans le petit-bassin. Après une fausse-couche faite en août 1921, la malade souffre de pesanteur pelvienne, surtout intense à la marche. En septembre 1921, surviennent des envies fréquentes d'uriner avec mictions douloureuses, troubles qui déterminent la malade à consulter.

Antécédents personnels : Régée à 12 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Une première fausse-couche à 21 ans, une deuxième fausse-couche trois mois après, une troisième fausse-couche en août 1921.

A l'examen : Il n'y a pas de béance de la vulve et la fourchette présente un aspect normal ; lorsque la malade pousse, la paroi antérieure du vagin se déplisse légèrement ; il n'y a pas de rectocele.

Toucher vaginal : Il montre que le périnée se laisse facilement déprimer et qu'il est formé de tissus mou sans élasticité. Col utérin bas situé, petit, regardant en bas et en arrière ; le corps utérin est en rétroversion ; cette rétroversion est réductible et non douloureuse. Les culs-de-sac latéraux sont souples et indolents.

Intervention (D^r Bergeret) 4^{er} avril 1922. Rachianesthésie : Incision médiane sous-ombilicale, redressement de l'utérus par hystéropexie directe ; on place un point de catgut chromé sur l'isthme et un autre sur la partie inférieure de l'isthme. Puis, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporraphie.

Suites opératoires : La malade revue le 14 décembre 1931 présente un excellent résultat ; elle a eu un enfant après l'opération. L'accouchement s'est effectué normalement.

Obs. 16. — Mme F..., 39 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 12 juin 1922 pour des tiraillements lombaires surtout marqués pendant la marche. Ces troubles s'accroissent au moment des règles ; par ailleurs, la malade se plaint d'être constipée et accuse de la pollakiurie depuis le mois de janvier 1922. Les douleurs lombaires sont surtout nettes en fin de journée pour se calmer pendant la nuit,

Antécédents personnels : Régée à 15 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu quatre accouchements normaux, le premier à l'âge de 20 ans ; trois enfants sont bien portants, un est mort de coqueluche en bas âge.

A l'examen : On constate une cystocèle légère qui s'accroît lorsque la malade pousse ; il n'y a pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Permet de sentir un polype pédiculé partant de la paroi postérieure du vagin ; col utérin s'abaissant lorsque la malade pousse, corps utérin en antéversion, mobile et non douloureux.

Intervention (Dr Bergeret) 15 juin 1922 : Ablation du polype dont le pédicule s'implante sur la paroi postérieure du vagin ; périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporrhaphie.

Suites opératoires : La malade ayant changé d'adresse n'a pu être retrouvée.

Obs. 17. — Mme M..., 36 ans : Vient consulter en juillet 1922 pour une déchirure du périnée, consécutive à un accouchement normal ayant eu lieu en 1913 ; cette déchirure fut réparée aussitôt mais la suture ne tint pas. De 1913 à 1923, la malade a présenté des signes fonctionnels minimes, sauf une constipation tenace.

Antécédents personnels : Régée à 11 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement en 1913 suivi de déchirure périnéale ; enfant bien portant.

A l'examen : Pas de cystocèle, pas de rectocèle, on note simplement une béance de la vulve.

Toucher vaginal : Le col utérin s'abaisse légèrement lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret) 24 juillet 1922 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporrhaphie.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931, présente un excellent résultat ; le périnée est très solide ; lorsque la malade se contracte, on sent nettement la corde des releveurs.

Obs. 18. — Mme B..., 28 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 30 novembre 1922 pour une grande fatigue consécutive à un accouchement qui remonte à mars 1921. Cet accouchement a été

suivi d'une déchirure périnéale, non réparée. La malade ne souffre pas, elle n'a pas de troubles de la miction.

Antécédents personnels : Régée à 13 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : un accouchement en mars 1921 suivi de déchirure périnéale ; enfant bien portant.

A l'examen : La vulve est béante : lorsque la malade pousse la cystocèle apparaît, faisant une légère saillie hors de la vulve. Pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin regardant en bas et en avant, son orifice transversal présente une lèvre antérieure plus saillante que la postérieure. Le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac postérieur sont comblés par une masse dure, indolore, séparée de l'utérus par un sillon. Le corps utérin est senti en avant de cette masse qui semble développée aux dépens des annexes gauches.

Intervention (Dr Bergeret) 2 décembre 1922 : Incision médiane sous-ombilicale : Utérus refoulé en avant et en haut par une masse liquide développée dans l'ovaire gauche : trompe gauche et annexes droites normales. La masse ovarienne gauche est adhérente au côlon pelvien dont on la libère petit à petit. On pratique alors une castration gauche ; fermeture en trois plans, puis périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs. Pas de colporraphie.

Suites opératoires : La malade qui avait un excellent résultat jusqu'en 1926 est décédée à cette date après une intervention d'urgence au sujet de laquelle on n'a pu recueillir aucun renseignement.

Obs. 19. — Mme R..., 35 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 27 septembre 1923 pour une masse apparaissant par intermittences entre les deux lèvres de la vulve. Il y a cinq ans, a été opérée d'urgence à Lariboisière d'une hématocele avec inondation péritonéale. En sortant de l'hôpital, 21 jours après, la malade éprouve une pesanteur périnéale douloureuse pendant les règles et présente des pertes jaunâtres abondantes. Dès cette époque la malade accuse une constipation opiniâtre ; les selles sont pénibles et s'accompagnent parfois de ténésme.

Antécédents personnels : Régée à 14 ans, normalement ; fièvre typhoïde dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement à l'âge de

18 ans, enfant bien portant. (Deuxième accouchement, normal, à l'âge de 21 ans. Une hématocele en 1918.

A l'examen : Vulve légèrement béante ; lorsque la malade pousse, la paroi antérieure du vagin fait une petite saillie ; pas de rectocèle. On note une légère éventration sur la cicatrice de laparotomie.

Toucher vaginal : Col utérin regardant dans l'axe du vagin, situé à deux centimètres environ de l'orifice vulvaire. Corps utérin en antéversion.

Intervention (Dr Bergeret) 21 septembre 1913 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporraphie.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 20. — Mme L..., 39 ans ; consulte à l'hôpital Beaujon le 6 novembre 1923 pour une cystocèle consécutive à un accouchement au forceps, datant du 27 juin 1922 ; l'accouchement fut suivi de déchirure périnéale et la cystocèle se produisit presque aussitôt entraînant une incontinence d'urines. Pendant un an et demi, la malade souffrit de cette incontinence et constata que l'utérus s'abaissait peu à peu vers la vulve.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement au forceps le 27 juin 1922, suivi d'une déchirure périnéale ; l'enfant est mort peu après de méningite.

A l'examen : Cystocèle du volume d'une mandarine s'accompagnant d'une urétrocèle ; la paroi postérieure du vagin forme un léger bourrelet.

Toucher vaginal : Col utérin très abaissé, affleurant la vulve.

Intervention (Dr Bergeret) 10 novembre 1923 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : la malade revue en décembre 1931 à Beaujon présente un périnée assez solide bien que les releveurs se soient légèrement écartés l'un de l'autre. On note un certain degré de cystocèle, la colporraphie antérieure n'ayant pas été faite.

Obs. 21. — Mme G..., 35 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1924 pour faiblesse générale et douleurs hypogastriques. Ces troubles datent d'un accouchement laborieux qui eut lieu le 9 février 1914 et fut suivi d'infection puerpérale. Depuis lors,

les douleurs pelviennes sont intermittentes, lancinantes, exagérées par la marche et la fatigue. Le 6 avril 1920, nouvel accouchement laborieux avec présentation du siège.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans, normalement. Grippe très grave avec hémorragies intestinales en 1918.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement, laborieux, en février 1914, suivi d'une déchirure périnéale. Deuxième accouchement difficile, en avril 1920.

A l'examen : Vulve béante par déchirure périnéale ; on ne constate ni cystocèle ni rectocèle.

Toucher vaginal : le col utérin s'abaisse lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret) 23 février 1924 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade qui est revenue à l'Hôtel-Dieu le 27 mars 1924 pour une salpingite légère, présentait à cette époque un excellent résultat opératoire. Depuis lors, elle n'a pu être retrouvée.

Obs. 22. — Mme D..., 38 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 15 octobre 1924 pour douleurs lombo-abdominales datant de 1916. Elles ont débuté après un accouchement et s'exacerbent à la fatigue et à l'effort. En septembre 1920, la malade accouche de nouveau, les douleurs deviennent alors si intenses que la malade entre à l'hôpital.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu quatre enfants. Le premier accouchement date de 1916, le dernier date de 1921.

A l'examen : Légère saillie de la paroi antérieure du vagin qui bombe en une légère cystocèle lorsque la malade pousse. Pas de rectocèle.

Toucher vaginal : le col utérin est un peu gros, mobile et en antéverson.

Intervention (Dr Bergeret) 18 octobre 1924 : Curettage utérin ramenant des débris de muqueuse enflammée, amputation d'un col métritique, périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 ne souffre plus, le périnée est en excellent état.

Obs. 23. — Mme F..., 24 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 9 novembre 1924 pour douleurs diffuses dans le bassin, plus marquées à gauche qu'à droite ; elle a été soignée un an auparavant à la Salpêtrière pour une crise de salpingite qui s'atténua peu à peu, mais les douleurs réapparurent il y a quinze jours et la malade entre à l'hôpital.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement. Fièvre typhoïde dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux : A eu trois enfants, tous venus avant terme. Deux seulement sont bien portants. Le premier accouchement a eu lieu en 1920 et s'est accompagné d'une déchirure périnéale.

A l'examen : Légère cystocèle apparaissant seulement lorsque la malade pousse ou fait un effort. Pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin un peu douloureux, regardant en bas et en arrière. Corps utérin mobile, en très légère rétroversion, les annexes gauches sont perceptibles sous forme d'une masse douloureuse, mobile, de la grosseur d'une noix. Les annexes droites ne sont pas senties, mais le cul-de-sac est sensible au toucher.

Intervention (Dr Bergeret) 12 novembre 1924 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 présente un périnée très solide, la cystocèle a complètement disparu.

Obs. 24. — Mme C..., 41 ans : Consulte en décembre 1924 pour un fibrome utérin et un prolapsus génital partiel. Ce prolapsus est survenu à la suite de plusieurs accouchements compliqués de déchirure périnéale.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en janvier 1905 suivi de déchirure périnéale. Deuxième accouchement en juin 1909, normal. Troisième accouchement en octobre 1913 suivi d'une nouvelle déchirure périnéale.

A l'examen : Vulve légèrement béante avec cicatrice de déchirure au niveau de la fourchette. Cystocèle de moyen volume, rectocèle très peu accentuée.

Toucher vaginal : Col utérin non abaissé, hypertrophié et légèrement métritique. Le toucher combiné au palper constate la présence d'un fibrome.

Intervention (Dr Bergeret) décembre 1924 : Hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin. Périnéorraphie postérieure avec myorraphie des releveurs, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade écrit en février 1932 qu'elle est en excellent état.

Obs. 25. — Mme M..., 36 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 2 février 1925 pour une masse faisant issue par le vagin. Il y a onze ans, après un accouchement, la malade accusa des douleurs lombaires et pelviennes ; quelques mois après, une grosseur sortait par le vagin et la malade alla consulter à l'hôpital Lariboisière où on lui fit porter un pessaire ; celui-ci se montra bientôt insuffisant à contenir l'utérus et la malade entre à l'hôpital.

Antécédents personnels : Régée à 12 ans, normalement

Antécédents obstétricaux : Un accouchement en 1914 : enfant bien portant.

A l'examen : Vulve béante. Lorsque la malade pousse, la paroi antérieure du vagin s'extériorise sur une grande surface puis le col apparaît.

Toucher vaginal : Col très abaissé, affleurant la vulve, les culs-de-sac sont souples et indolents. Corps utérin normal en antéversion. Les releveurs paraissent en bon état mais les tissus du périnée sont flasques et peu résistants.

Intervention (Dr Bergeret) 4 février 1925 : Colporraphie antérieure, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade a dû être réopérée en avril 1926 pour une récurrence du prolapsus, l'utérus s'étant à nouveau abaissé. Revue en décembre 1931, la malade présente un résultat médiocre ; il subsiste une cystocèle cependant moins volumineuse qu'autrefois et les releveurs sont écartés.

Obs. 26. — Mme P..., 40 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 13 avril 1925 pour une déchirure périnéale entraînant un prolapsus partiel ; elle accuse depuis quelque temps une pesanteur rectale avec ténesme.

Antécédents personnels : Régée à 12 ans, normalement. Pneumonie double à l'âge de 28 ans.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement, normal, il

y a 16 ans. Deuxième accouchement, normal, il y a 13 ans ; troisième accouchement il y a 11 ans, suivi de déchirure périnéale aussitôt recousue : Infection péri-utérine et colpotomie 3 mois après ; cette infection a été suivie d'adhérences qui ont nécessité il y a 3 ans une castration droite.

A l'examen ; Vulve béante ; on note une cystocèle assez marquée lorsque la malade pousse. Pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin regarde en bas et en arrière, le corps est de volume moyen et en antéverson. Cul-de-sac droit un peu douloureux, cul-de sac gauche souple et indolent.

Intervention (Dr Bergeret) 15 avril 1925 : rachianesthésie ; périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 27. — Mme B..., 28 ans : entre à l'Hôtel-Dieu le 4 mai 1925 pour douleurs lombaires et pesanteur pelvienne. Ces troubles sont survenus 3 mois après un accouchement laborieux datant de 1916. En 1919, à la suite d'une chute, les douleurs s'aggravent ; la malade consulte un médecin qui lui fit porter un pessaire. En 1923, après une accalmie de 2 ans, les douleurs réapparaissent sous forme de pesanteur dans le vagin et de tiraillements lombaires.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement. Bronchites fréquentes dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement, laborieux, en 1915.

A l'examen : Vulve légèrement béante ; quand on fait pousser la malade, une cystocèle peu marquée fait saillie à la vulve.

Toucher vaginal : Col utérin abaissé, regardant dans l'axe du vagin, corps utérin un peu dévié à gauche en antéverson. Les culs-de-sac sont souples et indolents.

Intervention (Dr Bergeret) 6 mai 1925 : colporraphie postérieure et myorraphie des releveurs, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931, présente un excellent résultat.

Obs. 28. — Mme E..., 27 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 29 juin 1925 pour des douleurs lombo-abdominales datant d'un

accouchement survenu en 1921 et suivi d'une déchirure périnéale non recousue. En 1922, la malade est hospitalisée à St Antoine où on lui fait une périnéorraphie. En 1924, à la suite d'un accouchement, nouvelle déchirure du périnée plus importante que la première. Dès cette époque, les douleurs lombo-abdominales sont vives, surviennent par crises et s'accompagnent de pesanté pelvienne.

Antécédents personnels : Régée à 16 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en 1921 suivi de déchirure périnéale. Deuxième accouchement en 1924 avec nouvelle déchirure périnéale.

A l'examen : cystocèle très nette lorsque la malade pousse, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col allongé regardant en bas, corps utérin dévié à droite ; le cul-de-sac droit contient une masse grosse comme une amande et légèrement sensible. Cul-de-sac gauche souple et indolent. Les releveurs forment une sangle perceptible quand la malade se contracte.

Intervention (Dr Bergeret) 1^{er} juillet 1925 : rachianesthésie : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 29. — Mme M..., consulte en avril 1925 pour un prolapsus partiel accompagné d'une métrite glaireuse intense.

A l'examen : Cystocèle légère, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin très abaissé, affleurant la vulve lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret), avril 1925 : Curettage, périnorrhaphie avec myorraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade ayant quitté la France, n'a pu être revue ; elle avait un très beau résultat quelques semaines après l'intervention.

Obs. 30. — Mme L..., 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en octobre 1925 pour déchirure périnéale consécutive à un accouchement au forceps survenu il y a 3 ans. Cette déchirure a été suturée aussitôt ; quelques mois après, la malade constate une petite masse de la grosseur d'une noix qui faisait issue hors de la vulve. En 1924, la malade eut un nouvel accouchement avec nou-

velle déchirure et dès cette époque elle présente une incontinence totale du sphincter anal.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement au forceps en 1922, suivi de déchirure périnéale aussitôt recousue. Deuxième accouchement en 1924 avec présentation du siège, suivi d'une déchirure complète du périnée avec atteinte du sphincter anal.

A l'examen : La surface cutanée ano-vulvaire est très amincie. La vulve est béante ; quand la malade pousse, cystocèle modérée, rectocèle accentuée.

Toucher vaginal : Col utérin haut situé regardant en bas et en arrière ; lorsqu'on demande à la malade de contracter ses muscles, on sent nettement la corde des releveurs.

Au toucher rectal : le sphincter anal montre une tonicité très diminuée.

Intervention (Dr Bergeret) 31 octobre 1925 : Rachianesthésie, myorraphie du sphincter anal après avivement des deux bouts, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : la malade revue le 26 décembre 1931 présente un très bon résultat ; le sphincter anal est contractile et retient les matières, la cystocèle et la rectocèle ont disparu.

Obs 31. — Mme L..., 29 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 22 novembre 1925 pour sensation de pesanteur pelvienne marquée surtout après la fatigue ; ces troubles sont survenus il y a 3 ans après un accouchement suivi de déchirure périnéale. La malade ne présente aucun trouble de la miction ; elle n'est pas constipée.

Antécédents personnels : Réglée à 18 ans normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu 3 accouchements avec 3 enfants bien portants, les deux premiers accouchements ont été normaux, le troisième survenu en 1922, a été suivi de déchirure périnéale.

A l'examen : La vulve n'est pas béante, on constate un écoulement leucorrhéique assez abondant : lorsque la malade pousse, une cystocèle légère fait saillie, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Gros col utérin regardant dans l'axe du vagin, corps utérin en antéversion, la corde des releveurs est nettement sentie lorsque la malade contracte ses muscles,

Intervention (Dr Bergeret) 25 novembre 1925 : périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporraphie.

Suites opératoires : La malade a disparu depuis six ans sans laisser d'adresse.

Obs. 32. — Mme L..., 28 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 2 mars 1926 pour des douleurs lombaires très accentuées datant d'un accouchement laborieux survenu il y a 4 ans 1/2. A la suite de cet accouchement, la malade se leva précocement au huitième jour, ne ressentit aucun trouble pendant 3 ans 1/2 et souffre de tiraillements lombaires depuis un an à peine.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement au forceps il y a 4 ans 1/2, a fait il y a 3 ans une fausse-couche de deux jumeaux.

A l'examen : Adiposité très marquée du ventre, l'abdomen est large, étalé, couvert de nombreuses vergetures, la vulve est béante et présente une déchirure de la commissure postérieure. Lorsque la malade pousse, apparaissent une cystocèle et une rectocèle marquées.

Toucher vaginal : Col mobile, présentant sur sa lèvre postérieure une ulcération métritique ; il regarde dans l'axe du vagin. La région de la fourchette se laisse facilement déprimer, les culs-de-sac latéraux sont souples et indolents.

Intervention (Dr Bergeret) 3 mars 1926 : périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, large colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 33. — Mme L..., 23 ans ; consulte en janvier 1926 pour déchirure périnéale avec atteinte du sphincter anal consécutive à un accouchement au forceps. Cette déchirure a été suturée aussitôt après l'accouchement. A la suite de sa grossesse, la malade fait une pneumonie double, puis une pleurésie purulente nécessitant une pleurotomie. Localement, il se forme un abcès du vagin au niveau de la suture périnéale, abcès qui s'évacue spontanément. Après cinq mois de traitement, la malade part en convalescence, revient au bout de quatre mois présentant une fistule recto-vaginale et un prolapsus à son début.

Antécédents obstétricaux : N'a eu qu'un seul accouchement en janvier 1926.

A l'examen : Vulve béante, cystocèle légère, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin est en place.

Intervention (D^r Bergeret) octobre 1926 : Cure de la fistule recto-vaginale, périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs et du sphincter anal. Colporraphie antérieure, pas de colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat et n'accuse aucun trouble.

Obs. 34. — Mme P..., 27 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 4 novembre 1926 pour de violents tiraillements lombaires et pour une dysurie marquée ; la malade raconte qu'il y a quatre mois elle ressentit à la suite d'un effort une douleur pelvienne subite dont elle souffrit pendant plusieurs mois. Elle fut soignée en ville pour une ptose gastrique et comme elle ne constatait aucune amélioration, elle entra à l'hôpital.

A l'examen : La paroi du ventre est flasque et ptosique ; vulve un peu béante : lorsque la malade pousse, la paroi antérieure du vagin fait saillie en une cystocèle de la grosseur d'une noix.

Toucher vaginal : Col utérin conique, regardant en avant et un peu en haut ; il est légèrement abaissé. Les culs-de-sac sont souples, mais un peu douloureux.

Intervention (D^r Bergeret) 6 novembre 1926 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, pas de colporraphie.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 35. — Mme G..., 55 ans ; Entre le 19 novembre 1926 à l'Hôtel-Dieu parce qu'elle a, dit-elle, depuis un an, une descente de l'utérus. Il y a trente ans, elle eut un accouchement au forceps suivi d'une déchirure périnéale non recousue. Pendant vingt-neuf ans, la malade ne se ressentit d'aucun trouble mais l'an dernier, elle constate entre les grandes lèvres, l'apparition d'une masse du volume d'un œuf ; cette grosseur semble avoir coïncidé avec la ménopause ; elle s'accuse pendant l'effort et ne détermine aucun trouble urinaire.

Antécédents personnels : réglée à 14 ans, normalement ; ménopause en 1926.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement au forceps il

y a trenté ans avec déchirure périnéale non recousue. Deux autres accouchements normaux ; les trois enfants sont bien portants.

A l'examen : Vulve béante, présentant dans sa partie antérieure une cystocèle du volume d'une noix ; il existe une rectocèle assez marquée ; lorsque la malade pousse, les deux saillies s'accroissent.

Toucher vaginal ; col utérin abaissé, affleurant la vulve lorsque la malade pousse ; la cloison recto-vaginale est très amincie.

Intervention (Dr Bergeret) 24 novembre 1926 : périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporrhaphie.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 présente un très bon résultat.

Obs. 36. — Mme L..., 37 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1926 pour troubles digestifs datant de l'âge de 8 ans ; dès cette époque, elle a des vomissements bilieux périodiques, des digestions pénibles et des crises d'entérite. Il y a cinq ans, la malade ressentit de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche et la sensation d'une masse molle faisant issue par l'anus. De plus, elle dit éprouver beaucoup de difficulté pour aller à la selle.

A l'examen : On ne constate aucun signe du côté du rectum. La malade obsédée par l'idée d'un prolapsus rectal présente en réalité une cystocèle légère, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin non abaissé, corps utérin en antéversion normale.

Intervention (Dr Bergeret) décembre 1926 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporrhaphie.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat.

Obs. 37. — Mme M..., 45 ans, consulte en février 1929 pour un prolapsus partiel survenu après de nombreux accouchements. Ce prolapsus s'est manifesté par une légère incontinence d'urines survenant après un effort, par la toux ou simplement lorsque la malade est debout pendant un temps prolongé.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement normal, à

l'âge de 26 ans. Deuxième accouchement à l'âge de 27 ans. Troisième accouchement à l'âge de 32 ans. Quatrième accouchement à l'âge de 34 ans. Il n'y a jamais eu de déchirure du périnée.

A l'examen : Cystocèle de moyen volume, rectocèle très peu marquée.

Toucher vaginal ; le col utérin est abaissé et affleure la vulve.

Intervention (Dr Bergeret) février 1927 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie antérieure et colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat : Les troubles urinaires ont disparu.

Obs. 38. — Mme L..., 32 ans ; consulte en février 1927 pour un prolapsus partiel.

Antécédents obstétricaux : A eu deux accouchements, le premier, laborieux, ayant nécessité une application de forceps, fut suivi d'une déchirure périnéale ; Le prolapsus semble dater de cette époque.

A l'examen : Vulve légèrement béante, pas de cystocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin est très abaissé.

Intervention (Dr Bergeret) février 1927 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, pas de colporraphie.

Suites opératoires : La malade revue il y a deux ans présente un excellent résultat ; a eu depuis sa périnéorraphie un troisième accouchement qui s'est effectué sans incidents.

Obs. 39. — Mme G..., consulte en mars 1927 pour un prolapsus léger consécutif à une déchirure post-obstétricale du périnée : La malade accuse des tiraillements lombaires à la marche ou à l'effort avec sensation de tension périnéale et d'affaissement des organes pelviens ; elle ne présente pas de troubles urinaires.

Antécédents obstétricaux : A eu un premier enfant, âgé de 35 ans actuellement ; L'accouchement a été suivi d'une déchirure périnéale non recousue ; a eu un deuxième enfant, âgé actuellement de 32 ans.

A l'examen : Vulve béante. Au niveau de la fourchette on note la cicatrice d'une déchirure périnéale ancienne.

Toucher vaginal : Le col utérin regarde dans l'axe du vagin ; il apparaît à la vulve lorsque la malade pousse,

Intervention (D^r Bergeret) mars 1927 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 présente un excellent résultat.

Obs. 40. — Mme P..., 27 ans; entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} mars 1927 pour incontinence anale. La malade eut en octobre 1926 un premier accouchement pénible qui nécessita une épisiotomie, une incision du col utérin et l'application de forceps suivie de déchirure périnéale aussitôt recousue; mais au bout de quelques jours, la malade présente une incontinence sphinctérienne manifeste et fait une phlébite qui dure 45 jours. Actuellement l'incontinence des matières persiste, il n'y a aucun trouble vésical.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement très pénible avec déchirure complète du périnée le 6 octobre 1926 : Enfant mort au bout de 4 jours de contusions internes.

A l'examen : La fente vulvaire se continue en arrière jusqu'à l'anus et communique avec lui. Cystocèle légère lorsque la malade pousse, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col regardant dans l'axe du vagin, très abaissé et effleurant la vulve; corps utérin en antéflexion normale. Les culs-de-sacs latéraux sont souples et indolents. Lorsque la malade se contracte, on ne sent pas la corde des releveurs.

Toucher rectal : Le sphincter anal est lâche et a perdu sa tonicité normale.

Intervention (D^r Bergeret) 5 mars 1927 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure, myorrhaphie du sphincter anal après avivement des deux bouts.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 présente un excellent résultat.

Obs. 41. — Mme A... ; consulte en mars 1927 pour une déchirure périnéale consécutive à un accouchement et suivie d'un prolapsus génital très léger.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement suivi de

déchirure périnéale non recousue et d'une métrite cervicale très marquée.

A l'examen : Vulve légèrement béante, cicatrice de déchirure périnéale au niveau de la fourchette : cystocèle très légère, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin hypertrophié, métritique mais non abaissé.

Intervention (D^r Bergeret) mars 1927 : Amputation du col, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade écrit en février 1932 que malgré un résultat local très satisfaisant, elle présente des règles douloureuses, avec prédominance des douleurs au niveau des annexes droites.

Obs. 42. — Mme P..., 31 ans, consulte en avril 1927 pour un prolapsus partiel consécutif à une déchirure post-obstétricale du périnée. Elle accuse des troubles de la miction : pollakiurie, légère émission d'urines à l'effort ou à la toux ; elle ressent en outre une pesanteur pelvienne surtout marquée à la marche et à la station debout.

Antécédents obstétricaux : A eu deux enfants d'un premier mariage, âgés actuellement de 12 et 10 ans. Le deuxième accouchement s'est accompagné d'une déchirure périnéale avec prolapsus génital presque immédiat. A eu un troisième enfant d'un second mariage : accouchement normal.

Intervention (D^r Bergeret) avril 1927 : périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : la malade revue en janvier 1932 présente un excellent résultat ; le périnée est très solide, tous les troubles fonctionnels ont disparu.

Obs. 43. — Mme A..., 25 ans ; entre à l'Hôtel-Dieu le 5 juillet 1927 pour douleurs abdomino-pelviennes ; a eu en décembre 1926 un accouchement laborieux qui a nécessité une double épisiotomie et une application de forceps ; une déchirure périnéale fut suturée aussitôt, mais la suture ne tint pas. Depuis cette époque, la malade accuse des douleurs pelviennes, surtout après la fatigue ; il n'y a aucun trouble urinaire,

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement au forceps avec double épisiotomie le 3 décembre 1926 : enfant bien portant ; pas de fausse-couche.

A l'examen : Vulve béante avec cicatrice de déchirure périnéale ; cystocèle et rectocèle assez marquées.

Toucher vaginal : Col utérin très abaissé regardant dans l'axe du vagin, corps utérin en rétroversion.

Intervention (Dr Bergeret) 9 juillet 1927 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure. En novembre 1928 la malade a subi une hystéropexie indirecte par incision de Pfannenstiel.

Suites opératoires : La malade revue le 30 novembre 1931, présente encore un certain degré de cystocèle, la rectocèle ne s'est pas reproduite ; l'utérus fixé par l'hystéropexie ne s'est pas abaissé. La malade n'accuse aucun trouble urinaire, mais ressent encore quelques tiraillements dans le pelvis.

Obs. 44. — Mme N..., 51 ans : Consulte en novembre 1927 pour prolapsus partiel s'accompagnant de pesanteur pelvienne et de pollakiurie marquée. Le prolapsus est apparu en 1922, sous forme d'une cystocèle légère, mais les troubles fonctionnels se sont caractérisés en 1925 après de nombreuses fatigues.

Antécédents personnels : A depuis l'âge de 20 ans des coliques hépatiques fréquentes.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement, normal, en 1895. Deuxième accouchement en 1899, suivi d'une déchirure périnéale non recousue et d'une infection puerpérale. Enfant mort à trois ans de méningite tuberculeuse. Troisième accouchement normal en 1900 ; enfant bien portant.

A l'examen : Paroi abdominale flasque, vergetures très marquées ; vulve béante, cicatrice de déchirure périnéale au niveau de la fourchette. Cystocèle du volume d'une noix, s'accroissant lorsque la malade pousse.

Toucher vaginal : Col utérin légèrement abaissé, corps utérin en voie de rétroversion.

Intervention (Dr Bergeret) novembre 1927 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie antérieure, pas de colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente

un périnée solide, en excellent état. Elle conserve néanmoins l'impression que le prolapsus récidive, le col utérin est à 4 cm. de la vulve et n'accentue pas sa descente lorsque la malade pousse.

Obs. 45. — Mme M., consulte en janvier 1928 pour des tiraillements lombaires, de la pesanteur périnéale et pour une incontinence d'urines survenant au cours des efforts.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en 1897, normal, avec enfant bien portant. Deuxième accouchement en 1899, suivi d'une déchirure périnéale non recousue ; enfant bien portant.

A l'examen : Cystocèle très accentuée, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col est très abaissé et apparaît à la vulve lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret) janvier 1928 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporrhaphie antérieure et postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat.

Obs. 46. — Mme Ch., 42 ans : Consulte en mars 1928 pour un prolapsus génital partiel, datant de l'âge de 22 ans. Ces lésions sont apparues trois ans après un accouchement suivi d'une déchirure périnéale. La malade opérée une première fois à 22 ans de son prolapsus, constatait une récidive complète au bout de deux mois. De 25 à 42 ans, la malade ne présenta pas de troubles fonctionnels ; néanmoins, en fin de journée, elle éprouvait en ces dernières années une sensation de pesanteur pelvienne ; Pas de troubles urinaires.

Antécédents personnels : Régée à 11 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement à l'âge de 19 ans, suivi d'une déchirure périnéale non recousue. La malade s'est levée précocement au bout de trois jours pour reprendre ses occupations journalières.

A l'examen : Paroi abdominale flasque, couverte de vergetures, la vulve est légèrement béante, présente la cicatrice d'une déchirure périnéale ancienne. Cystocèle peu marquée, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : col utérin très abaissé, affleurant la vulve, corps utérin en antéversion.

Intervention (Dr Bergeret) mars 1928 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie antérieure et colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en 1932 présente un excellent résultat.

Obs. 47. — Mme B..., 21 ans : Consulte en mai 1928 pour un léger prolapsus génital consécutif à une déchirure périnéale avec atteinte du sphincter.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en janvier 1928, suivi d'une déchirure périnéale non recousue ; peu après l'accouchement, la malade souffre de pesanteur pelvienne et d'une incontinence des matières.

Intervention (Dr Bergeret) mai 1928 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure. Myorraphie du sphincter anal après avivement des deux bouts.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un très bon résultat ; elle n'accuse aucun trouble fonctionnel, le sphincter anal reconstitué retient les matières et les gaz ; au toucher rectal, il se contracte normalement sur le doigt. Le périnée est haut et solide, un peu dur et cicatriciel à droite.

Obs. 48. — Mme H..., 30 ans : Consulte en mai 1928 pour de la pollakiurie et parce qu'elle a constaté une petite grosseur faisant issue par la vulve. Ces troubles ont débuté après un accouchement survenu en décembre 1927 et se sont accentués depuis.

Antécédents personnels : Régliée à 13 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en décembre 1923, laborieux, avec application de forceps et suivi d'une déchirure périnéale aussitôt recousue ; enfant bien portant. Deuxième accouchement en décembre 1927, suivi d'une nouvelle déchirure périnéale, non recousue.

A l'examen : Vulve béante avec cicatrice de déchirure au niveau de la fourchette, cystocèle du volume d'une noix, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin est légèrement abaissé, corps utérin en antéverson normale.

Intervention (Dr Bergeret) mai 1928 : périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, pas de colporrhaphie.

Suites opératoires : La malade revue en mars 1932, présente un excellent résultat, les troubles urinaires ont complètement disparu.

Obs. 49. — Mme B., 64 ans : Consulte en juin 1928 pour un prolapsus génital partiel, apparu en décembre 1927 alors que la malade se baissait pour ramasser un objet ; elle eut une sensation de brusque affaissement périnéal ; ce prolapsus entraîna peu à peu une certaine fatigue à l'effort ou à la station debout mais ne s'accompagna jamais de troubles appréciables.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans, normalement ; ménopause à 42 ans ; a eu une fracture du rocher il y a quelques années, ne laissant aucune séquelle.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement normal, en 1887, pas de déchirure périnéale.

A l'examen : Cystocèle du volume d'un œuf, pas de rectocèle. Toucher vaginal : Col abaissé, affleurant la vulve lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret) juin 1928 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat, le périnée est très solide.

Obs. 50. — Mme S., 28 ans : Consulte en juin 1928 pour de la pesanteur pelvienne et des règles anormalement abondantes. Ces troubles ont commencé en 1926, un an après un accouchement suivi de déchirure périnéale et aussitôt après une fausse-couche.

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement en mai 1925 suivi d'une déchirure du périnée non recousue, enfant bien portant. Une fausse-couche suivie de curettage en janvier 1926 ; une nouvelle fausse-couche de trois mois et demi suivie de curettage en août 1927.

A l'examen : Vulve légèrement béante présentant au niveau de la fourchette la cicatrice d'une déchirure, pas de cystocèle.

Toucher vaginal : Col utérin légèrement abaissé, corps utérin en rétroversion.

Intervention (Dr Bergeret) juin 1928 : Curettage, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un périnée très solide, l'utérus est toujours en rétroversion. On note une annexe gauche pour laquelle une nouvelle intervention envisagée sera complétée par une hystéropexie.

Obs. 51. — Mme T... : Consulte en novembre 1928 pour un prolapsus partiel avec déchirure périnéale.

Antécédents obstétricaux : A eu quatre accouchements, le premier il y a 32 ans, le deuxième il y a 29 ans, le troisième il y a 27 ans, le quatrième il y a 21 ans.

A l'examen : Cystocèle peu accentuée, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin légèrement abaissé, n'apparaissant pas à la vulve lorsque la malade pousse.

A noter que la malade présente une paroi abdominale très flasque, des muscles atones et peu contractiles.

Intervention (Dr Bergeret) novembre 1928 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie antérieure et colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade fut revue en octobre 1929, date à laquelle on la réopéra pour un calcul du rein ; à cette époque le résultat opératoire de la première intervention était parfait ; depuis lors, la malade, ayant quitté la France, n'a pu être revue.

Obs. 52. — Mme M..., 27 ans : Consulte en novembre 1928 pour sensation de pesanteur pelvienne et pour une métrite s'accompagnant de pertes abondantes ; ces troubles ont débuté peu après un accouchement suivi de déchirure périnéale.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement très lent, en 1927, suivi d'application de forceps et d'une déchirure périnéale aussitôt recousue. La plaie s'est complètement désunie au huitième jour à l'ablation des fils.

À l'examen : Cystocèle très légère, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin s'abaissant légèrement lorsque la malade pousse, corps utérin en antéversion normale.

Intervention (D^r Bergeret) novembre 1927 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat.

Obs. 53 — Mme V..., 59 ans : Consulte en novembre 1928 pour une sensation de pesanteur pelvienne dont elle souffre depuis 1925, époque à laquelle la ménopause est survenue. Cette pesanteur s'accompagne de difficulté dans la marche et d'une pollakiurie marquée ; une cystoscopie faite à cette époque a été négative. La malade a consulté un médecin qui diagnostique un prolapsus génital et conseille une intervention.

Antécédents personnels : Réglée normalement à 14 ans. Ménopause à 52 ans.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement à 22 ans, laborieux, avec application de forceps suivie de déchirure périnéale recousue aussitôt. Deuxième accouchement à 26 ans suivi d'une nouvelle déchirure périnéale aussitôt recousue. Troisième accouchement, normal, à 31 ans. Quatrième accouchement, normal, à 33 ans.

À l'examen : Vulve béante, cystocèle du volume d'une noix, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin présente un polype muqueux et affleure la vulve lorsque la malade pousse. Corps utérin en antéversion.

Intervention (D^r Bergeret) novembre 1928 : Ablation du polype, périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, pas de colporrhaphie.

Suites opératoires : La malade revue en mars 1932 présente un excellent résultat anatomique et fonctionnel.

Obs. 54. — Mme D..., 22 ans : Consulte en mars 1928 pour une déchirure du périnée avec atteinte du sphincter anal.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement en juillet 1928 suivi d'une déchirure périnéale complète qui ne fut pas recousue.

A l'examen : Vulve béante avec suppression de l'éperon périnéal ; il n'y a pas de cystocèle, ni de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col est abaissé, le corps utérin est en antéversion.

Intervention (D^r Bergeret) novembre 1928 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure, myorrhaphie du sphincter anal après avivement des deux bouts.

Suites opératoires : Malade revue en février 1932 avec un excellent résultat.

Obs. 55. — Mme M..., 46 ans, consulte en janvier 1929 pour un prolapsus partiel s'accompagnant de pesanteur pelvienne à l'effort et à la marche.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement en avril 1908, suivi d'une déchirure périnéale recousue aussitôt, mais la suture n'a pas tenu.

A l'examen : Cystocèle du volume d'une noix, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin légèrement abaissé, corps utérin en antéversion.

Intervention (D^r Bergeret), janvier 1929 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie antérieure et colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade écrit en février 1932 qu'elle souffre toujours et que son prolapsus s'est reproduit.

Obs. 56. — Mme M..., 34 ans : Consulte en juillet 1929 pour prolapsus utérin consécutif à une déchirure du périnée.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement normal à 21 ans, deuxième accouchement à 32 ans avec application de forceps suivie d'une déchirure périnéale aussitôt recousue. Troisième accouchement à 34 ans, normal.

Intervention (D^r Bergeret), juillet 1929 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie antérieure et colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en janvier 1932 présente un périnée très solide, l'utérus est fibromateux, non rétroversé, mais descendu dans la concavité sacrée et comprimant le rectum. Hystérectomie proposée.

Obs. 57. — Mme D..., 35 ans : Consulte à l'Hôtel-Dieu le 30 août 1929 pour des douleurs abdomino-pelviennes et de l'incontinence sphinctérienne légère. Le début des troubles remonte à un accouchement normal qui eut lieu il y a quelques années ; jusqu'en avril 1929, la malade n'éprouvait que des douleurs pelviennes intermittentes, surtout après la fatigue. A partir du mois d'avril, les troubles fonctionnels devinrent plus fréquents et une légère incontinence sphinctérienne apparut avec de la diarrhée. La malade entre dans le service pour se faire opérer.

Antécédents obstétricaux : A eu deux accouchements dont l'un suivi de déchirure périnéale intéressant très peu le sphincter anal.

A l'examen : Vulve béante, pas de cystocèle ni de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin n'est pas abaissé.

Toucher rectal : Le sphincter semble conserver sa contractilité normale.

Intervention (Dr Bergeret), 9 août 1929 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, pas de colporrhaphie.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 présente un excellent résultat, la vulve est ramenée à ses dimensions normales, le périnée est très solide.

Obs. 58. — Mme E..., 48 ans : Consulte en décembre 1929 pour une déchirure périnéale accompagnée de cystocèle mais sans troubles fonctionnels marqués.

Antécédents personnels : Souffre de fièvres paludéennes depuis son enfance.

A présenté après son deuxième accouchement une crise d'aliénation mentale pour laquelle la malade subit un traitement prolongé en maison de santé.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement à l'âge de 21 ans, suivi d'une déchirure périnéale non recousue. A eu cinq autres accouchements normaux, en l'espace de onze ans.

A l'examen : Vulve béante, il existe une cystocèle assez prononcée, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin est métritique et hypertrophié ; il s'abaisse lorsque la malade pousse et affleure la vulve.

Intervention (Dr Bergeret), décembre 1929 : Curetage, périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade écrit en février 1932 qu'elle présente un très bon résultat.

Obs. 59. — Mme B..., 40 ans : Consulte en mai 1929 pour une volumineuse bartholinite aiguë qui s'est fistulisée dans la paroi antérieure du rectum. La malade souffrait depuis plusieurs années de cette affection et c'est l'apparition du pus par l'anus qui l'amène à consulter. On dut pratiquer une incision périnéale avec section partielle du sphincter anal. La malade guérit de sa fistule, rentra chez elle, mais conserva une incontinence partielle des matières et une section des muscles du périnée qu'on ne voulut pas réparer aussitôt après la cure de la fistule. La malade revient donc en mai 1930 demandant la réfection du périnée et du sphincter anal.

Antécédents personnels : Régée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Une fausse-couche en 1912. Premier accouchement, normal, en 1913 ; enfant bien portant. Deuxième accouchement, normal, en 1920 ; enfant bien portant.

A l'examen : Vulve béante, présentant au niveau de la fourchette la cicatrice d'une incision périnéale, pas de cystocèle ni de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin en bonne place, corps utérin en antéverson.

Toucher rectal : Le sphincter anal n'a pas sa tonicité normale.

Intervention (Dr Bergeret), mai 1930 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs et du sphincter anal, pas de colporraphie.

Suites opératoires : La malade revue en mars 1932 présente un excellent résultat anatomique et fonctionnel.

Obs. 60. — Mme K..., 42 ans, consulte en juillet 1930 pour prolapsus utérin consécutif à une déchirure post-obstétricale du périnée ; elle accuse une sensation de pesanteur pelvienne à la fatigue et à la marche et de fréquents besoins d'uriner.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement à l'âge de 20 ans : Accouchement difficile, suivi de déchirure périnéale ; enfant bien portant. Deuxième accouchement à l'âge de 36 ans : une fille bien portante.

Intervention (Dr Bergeret), juillet 1930 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, pas de colporraphie.

Suites opératoires : La malade a été revue en septembre 1930, en excellent état.

Obs. 61. — Mme de T..., 57 ans ; consulte en septembre 1930 pour un prolapsus génital accentué, survenu après de nombreux accouchements.

A l'examen : On constate une cystocèle très marquée et un prolapsus utérin presque total.

Toucher vaginal : Le col est très abaissé et sort franchement de la vulve lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret) septembre 1930 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporrhaphie antérieure et colporrhaphie postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 présente un excellent résultat.

Obs. 62. — Mme D..., 33 ans : Consulte en octobre 1930 pour une sensation de pesanteur pelvienne pendant la marche, s'accompagnant de malaises et de vertiges fréquents ; ces troubles ont débuté en juillet 1929 après une chute dans un escalier. La malade s'était aperçue de son prolapsus quelques semaines avant cet accident, alors qu'elle ne souffrait pas, que le col affleurait la vulve et que le corps utérin était en rétroversion, comme l'avait affirmé un médecin consulté à cette époque.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en juin 1922, suivi d'une déchirure périnéale aussitôt recousue. Deuxième accouchement, normal, en mars 1928. Troisième accouchement, normal, en janvier 1930.

A l'examen : Vulve légèrement béante, présentant au niveau de la fourchette la cicatrice d'une déchirure périnéale, cystocèle du volume d'une noix.

Toucher vaginal : Le col utérin s'abaisse et affleure la vulve lorsque la malade pousse. Corps utérin en rétroversion accentuée.

Intervention (Dr Bergeret) octobre 1930 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure. Ligamentopexie à la Doléris.

Suites opératoires : La malade écrit en février 1932 qu'elle est en parfait état et que le prolapsus a complètement disparu.

Obs. 63. — Mme B..., 49 ans ; consulte en novembre 1930 pour un prolapsus génital et un prolapsus de la muqueuse anale. Le prolapsus génital est apparu progressivement depuis quelques années et s'accompagne depuis plusieurs mois de troubles urinaires : Emission involontaire d'urines à l'effort ou à la toux.

Antécédents personnels : La malade souffre d'hémorroïdes depuis l'âge de 44 ans.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en 1906 suivi d'une déchirure périnéale non recousue ; enfant bien portant. Deuxième accouchement, normal, en 1916 ; enfant bien portant.

A l'examen : Cystocèle du volume d'une noix, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col s'abaisse légèrement lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret), novembre 1930 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie postérieure.

Suites opératoires : On avait proposé une deuxième intervention à la malade pour faire une colporraphie antérieure et un Whitehead mais cette opération a été refusée. Revue en février 1932, la malade présente un périnée solide ; toutefois il existe encore un léger degré de cystocèle, la vessie présente par intermittences une très légère incontinence, surtout à la fatigue ou à l'effort.

Obs. 64. — Mme G..., 39 ans : Consulte en novembre 1930 pour un prolapsus génital accompagné d'une déchirure du périnée.

Antécédents personnels ; A présenté à la suite de sa première grossesse une pyélonéphrite à colibacilles avec forte poussée de cystite. En 1924, la malade souffre d'une polypose du col vésical qu'on traite par étincelage.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement, normal, en 1920. Deuxième accouchement en décembre 1921, suivi d'une déchirure périnéale dont on ne se rendit compte que plus tard. Troisième accouchement en juin 1925, ayant entraîné une nouvelle déchirure périnéale très étendue et qu'on suture aussitôt. Une métrite du col apparaît à la suite du troisième accouchement.

A l'examen : Béance de la vulve, cystocèle peu accentuée, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin abaissé, regardant dans l'axe du vagin.

Intervention (Dr Bergeret) novembre 1930 ; périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un périnée solide, en excellent état. On note cependant des troubles vésicaux persistants en rapport avec la sclérose du col de la vessie et un certain degré de cystite.

Obs. 65. -- Mme R..., 27 ans : Consulte en décembre 1930 pour une sensation de pesanteur pelvienne, survenue après plusieurs accouchements.

Antécédents obstétricaux : A eu trois accouchements, le premier a nécessité une application de forceps et fut suivi d'une déchirure périnéale, le deuxième accouchement a été normal, le troisième accouchement a demandé une nouvelle application de forceps.

A l'examen : Cystocèle très peu marquée, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin est légèrement abaissé.

Intervention (Dr Bergeret), décembre 1930 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en août 1931, présente un excellent résultat.

Obs. 66. — Mme S..., 38 ans : Consulte en janvier 1931 pour un prolapsus génital datant d'un accouchement survenu en 1923. Pendant 8 huit ans, la malade a vécu sans présenter de troubles appréciables : Mais craignant l'aggravation du prolapsus, elle décide en 1931 de se faire opérer.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement ; accuse de fréquentes coliques hépatiques ; a été soignée en 1925 pour ptose gastrique contrôlée radiologiquement.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement en 1923 non suivi de déchirure périnéale, mais ayant nécessité une application de forceps. Depuis lors, la malade a conservé un périnée très mou, bombant aux efforts de défécation.

A l'examen : la paroi abdominale est très flasque, couverte de vergetures, la vulve légèrement béante, il y a peu de cystocèle, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin très abaissé, corps utérin en légère rétroversion.

Intervention (Dr Bergeret) janvier 1931 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en mars 1932, présente un excellent résultat : Elle conserve néanmoins une légère rétroversion pour laquelle une hystéropexie est conseillée.

Obs. 67. — Mme Ch..., 34 ans : Consulte en septembre 1930 pour une déchirure du périnée avec atteinte du sphincter anal.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement en août 1920 suivi de déchirure périnéale avec atteinte du sphincter. La malade revue un mois après cet accouchement, présente une incontinence totale des matières.

A l'examen : La plaie périnéale suppure abondamment, suppuration entretenue par une métrite accentuée : On prescrit des irrigations vaginales et l'intervention est différée jusqu'en janvier 1931.

Intervention (Dr Bergeret) janvier 1931 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs et du sphincter anal, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue le 7 janvier 1932 présente un excellent résultat, le périnée est très solide ; il n'y a pas eu de nouvel accouchement depuis l'opération.

Au toucher rectal, le sphincter anal se contracte sur le doigt ; La malade retient parfaitement les matières et les gaz.

Obs. 68. — Mme D..., 39 ans : Consulte en janvier 1931 pour des troubles consistant en une sensation de pesanteur pelvienne surtout marquée en fin de journée. Ces symptômes datent d'un accouchement survenu en 1923 et suivi de déchirure périnéale.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement, normal, en 1919 ; enfant bien portant. Deuxième accouchement en 1923,

suivi d'une déchirure périnéale non recousue ; enfant bien portant.

A l'examen : Vulve béante présentant au niveau de la fourchette la cicatrice d'une déchirure ancienne, cystocèle très peu marquée, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin abaissé, corps utérin en antéversion normale.

Intervention (Dr Bergeret) janvier 1931 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade écrit en mars 1932 que le périnée est solide et en excellent état.

Obs. 69. — Mme M..., 42 ans ; consulte en mars 1931 pour un prolapsus génital, une métrite et une annexite gauche.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en janvier 1918 ; Enfant très gros dont l'extraction a nécessité l'application du forceps. Deuxième accouchement en juin 1920 : La malade insiste sur la lenteur de cet accouchement et sur le lever précoce qui suivit. Troisième accouchement en juin 1922, suivi d'une légère déchirure périnéale non recousue. Quatrième accouchement en décembre 1925, suivi d'un lever précoce et d'une reprise rapide des occupations journalières.

A l'examen : Vulve légèrement béante, cystocèle peu accentuée.

Toucher vaginal : Le col est métritique et très abaissé. Annexes gauches un peu grosses et douloureuses.

Intervention (Dr Bergeret) mars 1931 ; hystérectomie vaginale avec ablation des annexes gauches ; on laisse les annexes droites, pas de colpectomie. Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 présente un très beau résultat.

Obs. 70. — Mme G..., 52 ans : consulte en mars 1931 pour un prolapsus génital, ayant débuté en 1918 à la suite de plusieurs accouchements.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en 1903, normal ; enfant bien portant. Deuxième accouchement, normal, en 1905 ; enfant bien portant. Troisième accouchement, labo-

rieux en 1908, ayant nécessité une application de forceps. Enfant mort-né. Au bout de sept jours, se déclare une phlébite de la jambe droite qui dure trois mois. Fausse-couche de six semaines en 1909. Quatrième accouchement, normal, en 1911. Cinquième accouchement, normal en 1913. Enfant bien portant. Fausse-couche de six semaines en 1918 à la suite de laquelle les premiers signes du prolapsus apparaissent. Sixième accouchement, normal, en 1923.

A l'examen : Vulve béante, cystocèle du volume d'une mandarine, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin très abaissé.

Intervention (D^r Bergeret) mars 1931 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie antérieure et colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en mars 1932 présente un excellent résultat.

Obs. 71. — Mme L..., 32 ans ; consulte en mai 1931 pour un léger prolapsus utéro-vaginal, s'accompagnant d'une incontinence d'urines à la toux ou à l'effort.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en 1926 suivi d'une déchirure du périnée. Deuxième accouchement, normal, en 1930.

A l'examen : Prolapsus léger des parois vaginales. Cystocèle et rétrocèle peu marquées.

Toucher vaginal : Le col métritique est abaissé, le corps utérin est en rétroversion ; il existe une légère annexite droite, le cul-de-sac gauche est souple et indolent.

Intervention (D^r Bergeret) mai 1931 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, pas de colporraphie, hystéropexie indirecte (procédé de Doléris).

Suites opératoires : La malade revue en janvier 1932 présente un excellent résultat.

Obs. 72. — Mme L..., 42 ans ; consulte en mai 1931 pour fatigue à la marche, tiraillements lombaires et pesanteur pelvienne ; elle présente, en outre, une pollakiurie marquée et une incontinence d'urines légère à l'effort ou à la toux. Ces troubles ont débuté en septembre 1930, après une chute violente que fit

la malade, mais leur origine véritable reconnaît un accouchement difficile, survenu en 1921.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : A eu trois accouchements, normaux, l'un en 1908, l'autre en 1910, le troisième en 1912. A eu un quatrième accouchement en 1921, difficile, avec application de forceps et suivi d'une déchirure périnéale non recousue.

A l'examen : Cystocèle très marquée avec urétrocèle, peu de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin est très abaissé et sort légèrement de la vulve pendant l'effort.

Intervention (Dr Bergeret) mai 1931 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie antérieure et colporraphie postérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932, présente un périnée solide ; il persiste encore un léger degré de dysurie, la malade étant contrainte de pousser pendant un instant avant de voir apparaître la miction.

Cbs. 73. — Mme B..., 30 ans : Consulte en mai 1931 pour sensation de pesanteur abdomino-pelvienne, pour des tiraillements lombaires et d'abondantes pertes blanches. Ces troubles sont survenus il y a six ans après un accouchement suivi de déchirure périnéale.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en 1922, normal. Deuxième accouchement en 1926, suivi d'une déchirure périnéale non recousue ; enfant bien portant.

A l'examen : vulve béante, cystocèle de moyen volume, peu de rectocèle. Lorsque la malade pousse, le col apparaît à la vulve.

Toucher vaginal : Col utérin très abaissé, situé dans l'axe du vagin, corps utérin en rétroversion.

Intervention (Dr Bergeret) mai 1931 : Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure. Ligamentopexie à la Doléris.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat.

Obs. 74. — Mme G..., 35 ans : Consulte en mai 1931 pour un prolapsus léger, s'accompagnant de pesanteur pelvienne et de fatigue à la station debout.

Antécédents obstétricaux : A eu un accouchement normal à 27 ans : Enfant bien portant.

A l'examen : Cystocèle et rectocèle peu accentuées.

Toucher vaginal : Col utérin légèrement abaissé, n'apparaissant pas à la vulve lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret) mai 1931 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en janvier 1932 présente un résultat parfait.

Obs. 75. — Mme K..., 39 ans : Consulte en septembre 1931 pour un prolapsus génital consécutif à une déchirure du périnée. La malade se plaint d'une fatigue anormale, de pollakiurie et d'une incontinence d'urines légère à l'effort ou à la toux. Ces troubles ont débuté après un accouchement en 1918. En 1930, la pollakiurie s'accroît et l'apparition d'une pesanteur pelvienne décide la malade à se faire opérer.

Antécédents personnels : Réglée à 9 ans, normalement. Fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en mai 1916, suivi de déchirure périnéale non recousue, enfant bien portant. Deuxième accouchement en janvier 1918 : Deux jumeaux : Accouchement laborieux avec application de forceps et nouvelle déchirure périnéale. Enfants bien portants. Troisième accouchement en août 1922, application de forceps et nouvelle déchirure périnéale. A fait deux fausses-couches en 1928.

A l'examen ; vulve béante avec cicatrice de déchirure périnéale, cystocèle peu marquée, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin abaissé affleure la vulve, sa lèvre antérieure hypertrophiée est distendue par des œufs de Naboth ; corps utérin en antéverson.

Intervention (Dr Bergeret) septembre 1931 : Amputation de la lèvre antérieure du col, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en mars 1932, présente un périnée solide, les troubles urinaires ont complètement disparu,

Obs. 76. — Mme D..., 31 ans : Entre à l'hôpital en octobre 1931 pour sensation de pesanteur abdomino-pelvienne, des douleurs dans la fosse lombaire et une asthénie marquée. Ces troubles ont débuté il y a neuf ans et demi après un accouchement ; un médecin consulté fait le diagnostic de rétroversion et conseille une intervention.

Antécédents personnels : Réglée à 15 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en 1923 laborieux, suivi d'une déchirure périnéale. Deuxième accouchement en 1928, normal, mais suivi d'un lever précoce.

A l'examen : Vulve béante, cystocèle légère, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin très abaissé, corps utérin en rétroversion, mobile dans le cul-de-sac postérieur.

Intervention (Dr Bergeret) octobre 1931 ; périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporrhaphie postérieure, pas de colporrhaphie antérieure.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat.

Obs. 77. — Mme D..., 56 ans : Consulte en décembre 1931 pour de la pesanteur pelvienne à la marche et à l'effort. Ces troubles ont débuté il y a quinze ans et se manifestaient surtout au moment des règles. En 1926, ils s'exacerbent à la marche en même temps qu'apparaissent des troubles urinaires : Après chaque miction, la malade a la sensation de n'avoir pas complètement vidé sa vessie. Ces troubles fonctionnels décident la malade à venir consulter.

Antécédents personnels : Réglée à 16 ans, normalement. Ménopause à 41 ans.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement, normal en 1901, à la suite duquel un médecin ordonne à la malade de porter une ceinture pour parer à la faiblesse de la sangle abdominale. Deuxième accouchement, normal, en 1903.

A l'examen : Cystocèle de la grosseur d'un œuf, la paroi postérieure du vagin fait saillie lorsque la malade pousse, mais il n'y a pas de rectocèle. A noter une urétrocèle très accentuée avec ectropion de la muqueuse urétrale.

Toucher vaginal : Col utérin abaissé, regardant dans l'axe du vagin, corps utérin en antéversion normale.

Intervention (Dr Bergeret) décembre 1931 ; Périnéorraphie

avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, colporraphie antérieure très large, partant au-dessous du méat pour remédier à l'urétrocèle.

Suites opératoires immédiates : La malade revue en mars 1932, présente un excellent résultat, l'urétrocèle a complètement disparu.

Obs. 78. — Mme E..., 35 ans : Entre à l'hôpital en février 1932 pour de la pesanteur périnéale, accrue par la fatigue et la station debout. La malade souffre également de dysménorrhée, de constipation et présente quelques pertes blanches. Ces troubles sont survenus il y a sept mois après une déchirure périnéale consécutive à un accouchement.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement en juillet 1931, suivi d'une déchirure périnéale, puis d'une pyélonéphrite et d'une infection puerpérale.

A l'examen : Cystocèle de la grosseur d'un œuf, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : Col utérin abaissé, regardant dans l'axe du vagin, corps utérin assez gros, indolent, en voie de rétroversion.

Intervention (Dr Bergeret) février 1932 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie postérieure, pas de colporraphie antérieure.

Suites opératoires immédiates : Bonnes, le périnée est très solide.

Obs. 79. — Mme S..., 55 ans : Consulte en février 1932 pour des douleurs sourdes dans la région hypogastrique gauche, surtout marquées à la marche ou à l'effort. Ces troubles sont apparus en septembre 1931, en même temps que la malade constatait une descente de l'utérus dont le col affleurait la vulve. Elle ne présente pas de troubles urinaires.

Antécédents personnels : Souffre depuis longtemps de varices ; réglée à 15 ans, normalement. Ménopause à 53 ans.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement en juillet 1903, long, pénible, terminé par la mort du fœtus. Deuxième accouchement en octobre 1904, normal, enfant bien portant. Troisième accouchement en novembre 1909 : Deux jumelles ; accouchement très pénible avec application de forceps, pas de déchirure périnéale.

A l'examen : Vulve légèrement béante ; lorsque la malade pousse, le col fait saillie entre les grandes lèvres. Cystocèle du volume d'une noix, pas de rectocèle.

Toucher vaginal : col utérin abaissé, corps utérin en antéversion normale.

Intervention (Dr Bergeret) 22 février 1932 : Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, colporraphie antérieure et colporraphie postérieure.

Suites opératoires immédiates : La malade présente un périnée en excellent état.

II. — Les prolapsus totaux

Obs. 80. — Mme L..., 73 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 25 mai 1921 pour une masse volumineuse sortant par la vulve. Il y a trente-sept ans, la malade a fait sa huitième couche et s'est levée trois jours après pour travailler. En faisant un effort elle a soudain l'impression d'un poids tombant de la vulve. Pendant trente ans, la malade continue de travailler sans se ressentir de son infirmité, mais en 1920, une plaie apparaît sur la masse prolabée, plaie qui se cicatrice par des pansements et des cautérisations, mais qui réapparaît bientôt en même temps que le prolapsus augmente et gêne la malade pour travailler et pour marcher. Un médecin consulté conseille à la malade de se faire opérer.

Antécédents personnels : Apparition d'une hernie ombilicale en 1914. Réglée à 11 ans, normalement. Ménopause à 55 ans.

Antécédents obstétricaux : Une fausse-couche de deux mois en 1872 ; a eu depuis 8 grossesses à terme avec un premier accouchement très difficile.

A l'examen : Par la vulve, pend une masse cylindrique sortant sur une longueur de 4 cm. environ. L'orifice externe du col est au pôle inférieur de cette masse. Son pourtour présente une muqueuse vaginale parcheminée ainsi qu'une ulcération nummulaire, à gauche et en arrière de l'orifice cervical. La paroi de la masse se continue en haut avec la paroi antérieure du vagin ; lorsque la malade pousse la masse prolabée s'accroît en même temps que des hémorroïdes sortent de l'anus et se réduisent ensuite instantanément.

Intervention (Dr Bergeret) 28 juillet 1921 : hystérectomie va-

ginale suivant la technique habituelle; puis colpectomie totale. On termine l'intervention par une myorraphie des releveurs allant jusqu'à la partie inférieure de la vessie. Quelques points superficiels terminent la périnéorraphie et reconstituent la fourchette.

Suites opératoires : La malade présentait un excellent résultat jusqu'en mai 1926, époque à laquelle elle est décédée d'une bronchite aiguë.

Obs. 81. — Mme P..., 52 ans : Consulte en juillet 1922 pour un prolapsus utérin accompagné de nombreux troubles, pesant-pelviennne, tiraillements lombaires permanents, constipation opiniâtre, envies fréquentes d'uriner. Le début du prolapsus remonte à l'âge de 27 ans et semble en rapport avec une déchirure périnéale consécutive à un troisième accouchement. Peu à peu le prolapsus s'est accentué sous l'influence des travaux de force que fait la malade.

Antécédents personnels : Réglée à 15 ans, normalement. Ménopause à 50 ans.

Antécédents obstétricaux : A eu 3 accouchements : Les deux premiers ont été normaux, le troisième a été suivi d'une déchirure périnéale non recousue et d'une infection puerpérale avec début de péritonite.

A l'examen : Utérus un peu gros, fibromateux, sortant presque en totalité par le vagin ; il est réductible mais fait de nouveau issue au moindre effort de la malade. Col légèrement ulcéré, pas de lésions annexielles. La malade ménopausée il y a deux ans accuse depuis six mois quelques pertes sanguinolentes.

Intervention (Dr Bergeret) juillet 1922 : Hystérectomie vaginale et colpectomie totale. On termine par la myorraphie des releveurs.

Suites opératoires : Malade revue une première fois en janvier 1930 en excellent état ; revue une deuxième fois, en janvier 1932 ; le résultat se maintient excellent.

Obs. 82. — Mme S..., 73 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 24 février 1924, pour prolapsus total qui la gêne pendant la marche. En août 1923, la malade fit une syncope à la suite d'une chute violente et garda le lit quinze jours. En se levant, elle constate qu'une masse faisait issue entre les grandes lèvres ; cette

grosseur augmenta progressivement pour atteindre son volume actuel et entraîner des troubles urinaires.

Antécédents personnels : Réglée à 15 ans, normalement.

Antécédents obstétricaux : La malade n'a jamais accouché.

A l'examen : On constate une masse sortant complètement de la vulve, masse dont le pôle inférieur est l'orifice du col utérin. Le vagin est complètement prolapsé et forme à son union avec la vulve un sillon profond. La masse utérine est réductible, mais sort très facilement au moindre mouvement de la malade.

Toucher rectal : La paroi antérieure du rectum est déprimée en cul-de-sac et vient faire saillie par l'orifice vulvaire.

Intervention (Dr Bergeret) 2 mars 1924 : hystérectomie vaginale avec ablation des trompes ; on laisse les ovaires en place. Colpectomie totale, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 83. — Mme D..., 57 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 7 avril 1925 pour prolapsus génital total qui la gêne pendant la marche. Il y a cinq ans, à la suite d'un effort, le prolapsus apparut d'abord très léger, puis il s'accrut en entraînant de la pesanteur pelvienne. Après une grippe s'étant accompagnée de violentes quintes de toux, le prolapsus subit une progression très rapide.

Antécédents personnels : Grippe avec quintes de toux il y a un mois.

Antécédents obstétricaux : a eu 2 accouchements normaux.

A l'examen : La vulve est béante ; les parois vaginales très dépliées entraînent l'utérus avec elles ; celui-ci sort de la vulve sur une longueur de 4 à 5 cm. Le prolapsus est réductible en position couchée.

Toucher rectal : Le doigt pénètre dans une véritable hernie de la paroi antérieure du rectum. Les releveurs ne sont pas sentis.

Intervention (Dr Bergeret) 8 avril 1925 : Hystérectomie vaginale suivant le procédé habituel. Colpectomie totale, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires : La malade n'a pu être retrouvée.

Obs. 84. — Mme C..., 61 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1925 pour sensation de pesanteur pelvienne. Ces trou-

bles ont débuté il y a treize ans pour augmenter progressivement. Ils n'ont pas tardé à s'accompagner de douleurs lombaires qui s'intensifient par la marche.

Antécédents personnels : Malade atteinte depuis longtemps de rhumatisme chronique. Ménopause à 45 ans.

A l'examen : La paroi antérieure du vagin fait une forte saillie entre les lèvres de la vulve, le col utérin dépasse l'orifice vulvaire de plusieurs centimètres, le corps utérin est petit et sort en totalité lorsque la malade pousse.

Intervention (Dr Bergeret) 30 juillet 1925 : Hystérectomie vaginale avec ablation des annexes. Fermeture du péritoine. Colpectomie totale, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, suture de la vulve.

Suites opératoires : La malade, revue en janvier 1932, présente un excellent résultat anatomique et fonctionnel.

Obs. 85. — Mme V..., 54 ans : Entre à l'Hôtel-Dieu le 7 novembre 1926 pour des tiraillements lombaires dont elle souffre depuis le mois d'août de la même année. Après un deuxième accouchement survenu en 1899, la malade présenta des douleurs pelviennes diffuses et de la pollakiurie. Ces troubles s'amendèrent pendant vingt-six ans, puis des tiraillements lombaires apparurent, la marche devint pénible et la pollakiurie s'accrut.

Antécédents personnels : Phlébite double en 1917, la malade souffre depuis longtemps de varices.

Antécédents obstétricaux : A eu 2 accouchements normaux, le premier en 1895, le deuxième en 1899.

A l'examen : Gros prolapsus utérin avec déplissement très accentué des parois vaginales. L'utérus fait issue par la vulve dans la station debout.

Intervention (Dr Bergeret) 20 octobre 1926 : Hystérectomie vaginale, fermeture du péritoine, colpectomie totale, périnéorraphie avec myorraphie des releveurs, suture de la vulve.

Suites opératoires : La malade revue en décembre 1931 présente un excellent résultat ; on constate un plan fibreux obturant complètement la vulve.

Obs. 86. — Mme B..., 71 ans : Entre à l'hôpital en janvier 1931 pour des troubles dyspeptiques, une sensation de pesanteur

pelvienne et de la difficulté de la miction. Ces troubles d'abord discrets se sont accentués progressivement. La malade dit avoir déjà constaté ces symptômes après son troisième accouchement. Un médecin consulté diagnostiqua un prolapsus utérin et fit porter un pessaire qui, au bout d'un mois, ne fut plus toléré.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans, normalement. Ménopause à 55 ans.

Antécédents obstétricaux : La malade a eu 3 grossesses normales, la première à 22 ans, la deuxième à 24 ans, la troisième à 26 ans. Toutefois, le premier accouchement a été laborieux et a nécessité une application de forceps suivie d'une déchirure périnéale non recousue.

A l'examen : Énorme cystocèle, peu de rectocèle.

Toucher vaginal : Le col utérin est au bord de la vulve, le corps utérin sort complètement au moindre effort de la malade.

Intervention (D^r Bergeret) janvier 1931 : Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes. Fermeture du péritoine, puis colpectomie totale et périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires : La malade revue en février 1932 présente un excellent résultat : la pesanteur pelvienne, la dyspepsie et les troubles de la miction ont disparu. Le périnée est très solide.

Obs. 87. — Mme C..., 68 ans : Consulte en mars 1931 pour des tiraillements lombaires, de la pesanteur périnéale et une fatigue rapide. Ces troubles ont débuté il y a vingt ans, mais se sont aggravés en juillet 1930, époque à laquelle des troubles urinaires sont apparus : Cystalgie avec du pus dans les urines.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement, normal, en 1888 : Enfant bien portant. Deuxième accouchement, normal, en 1893 : Enfant bien portant. On ne note aucune déchirure périnéale.

A l'examen il existe une grosse cystocèle, peu de rectocèle, l'utérus sort en totalité lorsque la malade pousse.

Intervention (D^r Bergeret) mars 1931 : hystérectomie vaginale avec ablation des annexes ; colpectomie subtotal, par ablation de la partie haute du vagin. Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires : La malade, revue en février 1932, présente un très bon résultat.

Obs. 88. — Mme R..., 62 ans : Consulte en mars 1931 pour un prolapsus utérin total. Les lésions se sont constituées à l'époque de la ménopause : vers l'âge de 50 ans, la malade a présenté de vives douleurs lombaires et a constaté que son utérus descendait progressivement pour sortir bientôt de la vulve. Actuellement, on note à intervalles irréguliers des hémorragies utérines qui ont entraîné une anémie marquée et ont décidé la malade à consulter.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement à 18 ans, suivi de déchirure périnéale non recousue. La malade a eu ultérieurement un deuxième accouchement normal.

A l'examen : L'utérus est hors de la vulve, le col ulcéré saigne depuis six mois de façon presque continuelle.

Toucher rectal : On constate que le plancher périnéal est complètement effondré.

Intervention (Dr Bergeret) mars 1931 : Hystérectomie vaginale avec ablation des annexes, colpectomie subtotale par exérèse de la partie haute du vagin. Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs.

Suites opératoires : quelques jours après l'opération se forme un hématome vaginal qu'on évacue et qui ne détermine aucune complication.

La malade revue en février 1932, présente un résultat excellent, le périnée est très solide, l'état général parfait, la malade a repris du poids.

Obs. 89. — Mme P..., 58 ans : entre à l'hôpital le 17 juillet 1931 pour un prolapsus génital total survenu sans cause apparente. La malade n'accuse que quelques troubles urinaires à la fin de la journée ; pas de troubles de la défécation.

A l'examen : Lorsque la malade est debout ou fait un effort, l'utérus sort entièrement de la vulve et pend entre les cuisses. La malade étant couchée, on arrive à rentrer l'utérus ; on voit alors une cystocèle et une rectocèle très marquées.

Intervention (Dr Bergeret) 21 juillet 1931 : Hystérectomie vaginale avec ablation des annexes, fermeture du péritoine, exérèse des 2/3 supérieurs du vagin. Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs.

Suites opératoires : la malade revue en janvier 1932 présente un résultat parfait.

Obs. 90. — Mme P..., 50 ans : Consulte en février 1932 pour de la pesanteur pelvienne s'accroissant à l'effort ou à la marche et parce que le col utérin sort du vagin. Le début des troubles remonte à février 1931, époque à laquelle la malade a présenté de violents tiraillements lombaires ; ces phénomènes semblent avoir coïncidé avec la ménopause et se sont bientôt accompagnés de pollakiurie.

Antécédents personnels : Régliée à 16 ans, normalement. Ménopause à 49 ans.

Antécédents obstétricaux : A eu 3 accouchements normaux ; le premier en 1905, le deuxième en 1907, le troisième en 1914.

A l'examen : Vulve béante : Lorsque la malade pousse ou est debout, l'utérus sort presque entièrement de la vulve.

Intervention (Dr Bergeret) 19 février 1932 : Hystérectomie vaginale avec ablation des annexes ; fermeture du péritoine. Colpectomie subtotale par résection de la partie haute du vagin. Périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs.

Suites opératoires immédiates : La malade revue trois semaines après son intervention présente un excellent résultat.

III. — Les prolapsus après hystérectomie subtotale

Obs. 91. — Mme G..., 67 ans : Consulte en février 1932 pour un prolapsus total qui a débuté il y a trente-deux ans, après une déchirure périnéale non recousue. Le prolapsus s'est ébauché deux ans après l'accouchement et s'accompagna de pesanteur pelvienne : progressivement, les signes s'accrourent, l'utérus s'abaissa et le col apparut à la vulve. Il y a dix ans, la malade subit une hystérectomie subtotale pour fibrome.

Cette intervention semble avoir eu comme conséquence une accentuation rapide du prolapsus. En 1926 on fait une ventrofixation du col utérin, opération qui ne fut pas efficace car le col continua de descendre pour sortir de la vulve lorsque la malade était debout. Depuis un mois, la malade présente quelques pertes sanguinolentes.

Antécédents personnels : Régliée à 15 ans, normalement. Ménopause à 50 ans.

Antécédents obstétricaux. Premier accouchement il y a trente-

deux ans, suivi de déchirure périnéale non recousue. Deuxième accouchement normal, il y a trente ans. Troisième accouchement normal il y a vingt-six ans.

A l'examen : Le col utérin fait complètement issue hors de la vulve ; il est coiffé d'une volumineuse cystocèle. La rectocèle est peu accentuée. Lorsque la malade est debout, la masse prolabée pend entre les cuisses. Le prolapsus est réductible mais se reproduit aussitôt.

Intervention (Dr Bergeret) 3 février 1932 : ablation du col utérin restant, colpectomie subtotale par exérèse de la partie haute du vagin. Périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires immédiates : Excellentes, la malade présente un résultat parfait.

Obs. 92. — Mme O..., 48 ans : Entre à l'hôpital en janvier 1932 pour une rétention d'urine survenue brusquement. Cet accident s'est déjà manifesté il y a trois ans, époque à laquelle des tiraillements lombaires sont apparus et ont progressé depuis.

Antécédents obstétricaux : Un accouchement en mars 1912, normal, sans déchirure périnéale.

A l'examen : Après avoir sondé la malade, on constate au toucher vaginal un volumineux fibrome de la grosseur d'une tête de fœtus, enclavé dans le Douglas, bombant également en avant et venant comprimer la vessie. Pas de prolapsus génital apparent, le périnée semble intact.

Intervention (R. Fayot) 28 janvier 1932 : Hystérectomie abdominale subtotale avec ablation des annexes ; la vessie est aplatie sur la masse fibromateuse et refoulée en avant. Péritonisation, pas de suspension du col utérin.

Suites opératoires immédiates : Quelques jours avant sa sortie de l'hôpital, la malade en se levant, constate un prolapsus génital accentué, le col sort complètement de la vulve à l'effort ou à la station debout. Cystocèle du volume d'une noix, rectocèle peu accentuée. Une nouvelle intervention est envisagée pour remédier au prolapsus.

Obs. 93. — Mme L..., 41 ans : Consulte en février 1932 pour douleurs lombaires continues, une lassitude permanente et pour une leucorrhée abondante. Ces troubles se sont nettement

affirmés après une hystérectomie subtotale pour fibrome, que la malade subit en 1919.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans, normalement. Hystérectomie subtotale pour fibrome en 1919.

Antécédents obstétricaux : Premier accouchement, normal, en 1909 : Enfant bien portant. Deuxième accouchement, normal, en 1911 : Enfant bien portant. Troisième accouchement en 1913, laborieux, suivi d'une déchirure périnéale non recousue.

A l'examen : Le col utérin fait issue hors de la vulve ; lorsque la malade pousse, cystocèle du volume d'une mandarine, peu de rectocèle.

Intervention (Dr Bergeret) 2 mars 1932 : En raison de l'âge de la malade, on pratique une large colporraphie antérieure ovale et une large colporraphie postérieure. On termine par une périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Suites opératoires immédiates : Le périnée semble solide mais le résultat définitif devra être sanctionné par un examen ultérieur

CONCLUSIONS

I. — Le traitement des prolapsus génitaux repose sur des données anatomiques et physiologiques ; celles-ci expliquent le mécanisme des lésions et entraînent des déductions chirurgicales.

II. — L'étude des connexions utérines nous a permis d'insister sur les points suivants :

— Il existe entre l'utérus et le vagin des rapports anatomiques étroits : les prolapsus génitaux se caractérisent par le glissement de tout l'appareil utéro-vaginal et non par la descente isolée de l'un ou de l'autre organe.

— Le col utérin s'oppose par sa direction à l'axe du vagin ; il s'encastre dans le dôme vaginal et présente de ce fait un véritable point fixe autour duquel il peut osciller : que ce point fixe s'abaisse et l'utérus suivra.

— La vessie est unie au vagin par du tissu cellulaire lâche qui la rend solidaire de la paroi vaginale antérieure.

— Il existe entre les ligaments pubo-vésico-utérins une zone déhiscente prédisposant à la cystocèle ; un second point faible siège entre le muscle transverse profond du périnée et le releveur de l'anus et peut amorcer une rectocèle.

III. — Les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments utéro-lombaires sont pour l'utérus des organes d'équilibre et ne jouent qu'un rôle secondaire dans la suspension de la matrice. Toutefois la base du ligament large ou gaine hypogastrique prend par sa texture, ses épaisissements conjonctifs et son élasticité une part importante à la statique et à la suspension du col utérin.

IV. — La statique de l'appareil utéro-vaginal réside surtout dans ses éléments de soutien :

— le noyau fibreux central forme l'éperon périnéal, maintient la région de la fourchette et s'oppose à la béance de la vulve.

— par sa simple tonicité, le releveur de l'anus, véritable sangle musculaire élastique, imprime au vagin sa direction oblique en bas et en avant et lui fournit son point d'appui essentiel. Par sa contraction, il accole les parois vaginales qui, énergiquement coaptées, résistent à la poussée des viscères et ne peuvent se déplier.

La raison prédominante des prolapsus génitaux réside donc dans la déficience des muscles périnéaux.

V. — Dans des cas exceptionnels, l'étiologie des prolapsus reconnaît une cause mécanique : la descente des organes est due à une large déchirure post-obstétricale chez une femme dont la musculature pelvienne trop rigide, a formé au passage du fœtus une barrière sans souplesse. La cure opératoire de telles lésions s'adressera à des muscles solides qui ne feront pas craindre la récurrence.

VI. — Le plus souvent, la genèse des prolapsus doit être attribuée à une anomalie constitutionnelle du sujet : état diathésique altérant la qualité des tissus, morpho-

logie particulière du corps de la femme modifiant l'orientation vulvo-vaginale, infection aiguë ou chronique ayant fait perdre à la gaine hypogastrique sa résistante élasticité. Les accouchements suivis de déchirure périnéale ou de distension musculaire, l'effort sous toutes ses formes seront les causes déclenchantes d'accidents qui, pour se produire, trouvent un terrain tout préparé.

Dans ces conditions, l'atonie et la friabilité musculaires diminueront la qualité de la réfection périnéale et les résultats éloignés de l'intervention seront parfois compromis malgré la technique la plus impeccable.

VII. — Dans tous les prolapsus partiels et dans le prolapsus total de la femme jeune, la périnéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs constitue le procédé de choix ; on la complètera par une colporraphie antérieure et une colporraphie postérieure étendues.

La colporraphie antérieure débutera au-dessous du méat urinaire pour lutter contre l'urétrécèle dont il faut souligner la fréquence.

L'hystéropexie ne doit pas être systématiquement associée à la myorrhaphie des releveurs ; nous la pratiquons :

— dans les prolapsus partiels en présence d'un utérus rétroversé ou en voie de le devenir ; la ligamentopexie par l'incision de Pfannenstiel rétablira la statique normale de la matrice.

— dans le prolapsus total de la femme jeune, où en raison de la fragilité des ligaments ronds l'hystéropexie indirecte doit céder le pas à l'hystéropexie corporéale ou isthmique.

VIII. — Devront être considérées comme des prolapsus en puissance les déchirures méconnues après l'accou-

chement ou volontairement abandonnées pour cause d'infection. Elles bénéficieront de la colporraphie postérieure avec myorraphie des releveurs ; on s'abstiendra de la colporraphie antérieure qui n'aurait pas sa raison d'être.

IX. — Contre les prolapsus totaux de la femme âgée, nous préconisons l'hystéro-colpectomie subtotale, aussi facile dans sa technique et bénigne dans ses résultats qu'une hystérectomie vaginale. Elle est indiquée :

— dans les prolapsus totaux des femmes dont la vie génitale est éteinte.

— dans les prolapsus après hystérectomie, où la chute du moignon cervical et du vagin revêt souvent le type d'un véritable effondrement pelvien.

Non seulement cette technique offre l'avantage d'une cicatrisation plus rapide, mais elle est moins mutilante que l'hystéro-colpectomie totale et mieux acceptée des malades puisqu'elle comporte une exérèse vaginale incomplète.

X. — Quel que soit le degré du prolapsus ou la technique chirurgicale adoptée, il est nécessaire de revoir les malades à échéance lointaine pour juger de la qualité définitive des résultats opératoires.

BIBLIOGRAPHIE

Le nombre des travaux concernant les prolapsus génitaux est considérable : on trouvera dans la thèse de DELIVET (1920), dans la thèse de NORA (1924) de nombreux renseignements bibliographiques sur les ouvrages parus jusqu'en 1924.

Nous ne citons ici que les documents consultés pour la rédaction de ce travail.

I. — Anatomie

BECAVIN. — Contribution à l'étude anatomique et histologique du col de l'utérus (*Thèse Paris*, 1913-1914).

BERGGLAS. — Anatomie du tissu conjonctif pelvien dans les prolapsus (*Archiv für Gynäkologie*, 6 novembre 1929, vol. CXXXVIII, n° 3).

BRÖSE, KRAATZ, JOLLY, ZARATE. — Anatomie et clinique du prolapsus de l'utérus et de la vessie (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, 1910, t. LXVI, f. 2, p. 475).

BUDIN (P). — Le releveur de l'anus chez la femme (*Obstétrique et Gynécologie*, 1881, mai, p. 356 et *Progrès Médical*, 1881, août).

BUMM et MARTIN. — Anatomie et clinique du prolapsus de l'utérus et de la vessie (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, 1910, t. LXVI, f. 2, p. 451).

FARABEUF. — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, p. 32.

J. L. FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale 1928, 4^e édition, t. I, p. 2 à 12.

GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen 1926, t. III, p. 113 à 120.

JAYLE. — L'anatomie morphologique de la femme, Masson, éditeur, Paris, 1898.

PARAMORE. — Les principaux organes de soutien des viscères pelviens chez la femme (*Journal of Obstetric and Gynecology of the British Empire*, 1908, t. XVI, n° 6).

PIQUAND et RENAUD HUE. — Le releveur pubo-vaginal et les prolapsus génitaux (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1908, t. XII, n° 1, janvier-février, p. 3 à 40).

RIEFFEL. — L'appareil génital de la femme in *Poirier et Charpy*, 1907, 2^e édition, f. I, p. 431 à 549 et 633 à 693.

ROUVIÈRE. — Appareil génital de la femme (in *Traité d'Anatomie humaine*, 1924, Masson, éditeur, Paris).

THELANDER. — L'importance des ligaments utéro-sacrés dans le prolapsus utérin (*The Medical Journal of Australia*, 13 mai 1922, an IX, t. I, n° 19).

VIOLET et BONNET. — Contribution à l'anatomie pathologique de la cystocèle vaginale (*Lyon Chirurgical*, octobre 1910, p. 373).

VON FRANQUE. — Contribution à l'opération du prolapsus avec quelques remarques sur ses causes anatomiques (*Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, t. XXXIII, f. 5, p. 571 à 587).

II. — Étiologie et physiologie

BOCHENSKI. — Nouvelles opinions sur l'étiologie du prolapsus utérin (*Polska Gazeta lekarska*, 1924, vol. III, n° 16-17).

BURGER. — Prolapsus génital et constitution (*Zentralblatt für Gynécologie*, 6 mars 1926, an L, n° 10).

HEIDENHAIN. — Prolapsus et rétroversion (*Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, t. XXXIII, f. 5, p. 587 à 609).

LÖNNE. — Le prolapsus génital est-il une conséquence de la primiparité tardive (*Zentralblatt für Gynäkölogie*, 4 février 1928, an LII, n° 5).

ROSENTHAL. — Contribution à l'étiologie des prolapsus observés chez les vierges (*Berliner klinische Wochenschrift*, 5 juin 1911, t. XLVIII, n° 23).

SIPPEL. — Sur l'étiologie et le traitement opératoire du prolapsus utérin (*Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, t. XXXLII, f. 5, p. 610 à 617).

SPIEGEL. — Influence des conditions sociales sur le dévelop-

pement des déviations et prolapsus génitaux chez la femme. (*Archiv. für Gynäkologie*, 25 juillet 1925, vol. CXXIV, n° 3).

THORN. — Sur l'étiologie de l'inversion utérine dans le prolapsus (*Gynäkologische Rundschau*, 1912, t. VI, f. 5).

TORRAS et CARRI. — Prolapsus génitaux : Conception actuelle de leur étiopathogénie et de leur traitement (*La Prensa Medica Argentina*, 20 février 1924, an X, n° 26).

VIOLET. — Les hernies pré et rétro-utérines dans la constitution des prolapsus (*Lyon chirurgical*, 1^{er} septembre 1909, t. II, n° 4, p. 439 à 458 et 710 à 716).

VIGNES. — Physiologie gynécologique et médecine des femmes, Paris 1929, Masson, éditeur, p. 423 à 425.

III. — Traitement chirurgical

ABADIE. — Traitement des prolapsus génitaux par la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus (*Archives provinc. de chirurgie*, février 1913).

ABADIE (d'Oran). — Bull. et Mém. Soc. Chirurgie, Paris 1912, p. 1316.

ABADIE (d'Oran). — (*In* Pauchet : *La Pratique chirurgicale illustrée*, 2^e édition, f. VI, chap. XIII).

AUTEFAGE. — Traitement chirurgical des grands prolapsus utérins (*Archives provinc. de chirurgie*, août 1910, t. XIX, n° 8).

ALTHADE. — Le cloisonnement du vagin, opération de choix dans le prolapsus utérin des vieilles femmes (*La Semana Medica*, 12 mars 1925, an XXXII, n° 11).

AUBERT. — Le prolapsus génital et son traitement (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, an. LX, 5 juillet 1930, n° 27 ; 12 juillet 1930, n° 28 et 19 juillet 1930, n° 29).

BAER et REIS. — Les résultats immédiats et éloignés dans 212 cas de prolapsus utérins opérés (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, novembre 1928, vol XVI, n° 5, p. 646-655).

BAER et REIS. — L'opération de l'interposition dans le prolapsus utérin (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, février 1929, vol. XVII, n° 2).

BAKER SPALDING. — L'hémostase dans l'hystérectomie vaginale pour prolapsus (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, novembre 1926, vol XII, n° 5).

BARBILIAN. — La rectocèle dans le prolapsus génital (*Spitalul*, juillet-août 1925, t. XLV, n° 7-8).

BASTIAN. — L'hystérectomie abdominale dans le traitement du prolapsus utérin : Un nouveau procédé de trachélopexie ligamentaire double (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1906, t. XXVI).

BAUER. — Sur le traitement opératoire de la rétroflexion utérine et des grands prolapsus (*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 4 mai 1912 ; t. LXII, n° 19).

BEAUVOIS. — Hystérectomie subtotale avec trachélopexie (*Thèse Lille*, 1905).

BÉGOUIN. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès français de chirurgie*, 1923).

BÉGOUIN et PAPIN. — Prolapsus génital (in *Précis de pathologie chirurgicale*, 5^e édition, 1928, t. V., p. 730 à 745).

BÉRARD et GOULLIoud. — Récidive de prolapsus utérin par allongement exceptionnel du col, hystérectomie abdominale totale, ventro-fixation du vagin et des ligaments (*Société de Chirurgie de Lyon*, 7 mai 1908).

BERNARD. — Traitement chirurgical du prolapsus sénile : L'opération de Le Fort (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 9 avril 1927, au LVII, n° 15).

BISSEL. — Vag. Hyst. tech. for prolaps. of the uterus (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1919, t. XXVIII p. 138-145).

BJÖRKENHEIM. — Sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux (*Finska Läkarsällskapets Handlingar*, t. LVII, n° 8, p. 955 à 992).

BLANC-FORTACIN. — La néoligamentopexie dans le traitement des prolapsus utérins (*Revista Española de Cirurgia y Urologia*, janvier 1928, an V, n° 1).

BOECKEL (J.). — Congrès français de chirurgie, Procès-Verbal, Paris, 1896, t. X, p. 647-654).

Mme BOHN-ROUBINOVITCH. — Prolapsus génitaux considérés dans leurs rapports avec la puerpéralité (*Thèse Paris*, 1911-1912).

BOLDT. — L'opération de Kielland pour prolapsus utérin (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juin 1923, t. XXXVI, n° 6).

BONNET-LABORDERIE. — Un cas de prolapsus complet de l'utérus traité par l'hystérectomie vaginale avec ablation de la plus grande partie du vagin (*Journal des Soc. Méd. de Lille*, 1907).

BOUILLY et LÉWY. — Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus (*Revue de Gynécologie*, 1902, t. VI).

BRAKEMANN. — Prolapsus et tractus urinaire (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 8 septembre 1928, an LII, n° 36).

BRÉTÉGNIER. — Contribution à l'étude de la technique de l'hystéro-colpectomie totale dans la cure des grands prolapsus utérins chez les femmes âgées (*Thèse Paris*, 1919-1920).

BRINDEAU. — Déchirures vulvo-périnéales (in *La Pratique de l'art des Accouchements*, 1927, t. III, p. 525 à 530, Vigot frères, éditeurs).

BROCQ et NORA. — Le traitement du prolapsus utéro-vaginal total chez les femmes âgées par l'opération de Le Fort élargie (*Gynécologie et Obstétrique*, 1925, t. XI, n° 5).

BROCQ et NORA. — L'opération de choix dans le traitement du prolapsus utéro-vaginal complet chez les femmes âgées (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 octobre 1927, t. CCVIII, 19^e cahier).

BRODIER (Henri). — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès français de chirurgie*, Paris, 1923, p. 408).

BRÖSE. — Résultats du traitement des prolapsus par l'interposition utérine (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, 1910, t. LXVI).

BULLARD. — Les résultats éloignés des opérations pour prolapsus utérins pratiquées de 1915 à 1925 à l'hôpital des Femmes de New-York (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, mai 1926, vol. XI, n° 5).

BUMM. — Hystérectomie pour prolapsus (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie de Berlin*, 22 janvier 1909).

BURTON THORNING. — Prolapsus utérin : fixation permanente par lambeaux aponévrotiques (*Journal of the American medical Association*, 9 juillet 1921, t. LXXVII, n° 2).

CAFFEAU. — Prolapsus sénile : Traitement par le procédé de Le Fort (*Thèse Paris*, 1925).

CARNELLI. — Sur la cure du prolapsus utérin par l'opération de Schauta-Wertheim (*La Gynécologie*, 31 décembre 1913, t. X., p. 24).

CHAVANNAZ. — Du cloisonnement du vagin dans le prolapsus utérin complet chez les femmes âgées (*Presse Médicale*, octobre 1909).

CHAVANNAZ. — Le cancer est-il rare sur l'utérus prolabé au 2° et au 3° degré ? (*Société de Chirurgie de Paris*, 31 janvier 1923).

CHILDE. — Prolapsus génital chez les vieilles femmes (*The British Medical Journal*, 2 juillet 1921, n° 3157).

COIRRE. — L'opération de Bouilly (amputation haute du col) et colpectomie dans le traitement des prolapsus génitaux (*Thèse Paris*, 1921).

COMBIER et MURARD. — Rapport de Chifoliau (*Société de Chirurgie de Paris*, 16 mai 1923).

CONRAD. — Sur le traitement opératoire du prolapsus génital chez la femme par le procédé de Kielland (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 4 avril 1925, an XLIX, n° 14).

COTTE. — Société de Chirurgie de Paris, 13 juin 1923.

COTTE. — Sur le traitement des prolapsus génitaux (*Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1923, p. 386).

COTTE. — Sur la ligamentopexie associée à l'interposition de l'utérus dans le traitement de certains prolapsus (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 3 juin 1926, in *Lyon Chirurgical*, septembre-octobre, t. XIII, n° 5, p. 641).

COTTE. — Résultats éloignés de l'opération de Schauta dans le traitement des prolapsus génitaux (*Lyon Chirurgical*, novembre-décembre 1928, t. XXV, n° 6).

COTTE. — Résultats éloignés de l'opération de Schauta-Wertheim-Kielland dans le traitement des prolapsus génitaux (*Gynécologie et obstétrique*, 5 mai 1923, t. XIX, n° 5).

COTTE et CREYSEL. — Opération de Le Fort (*Journal de Chir.* août 1922, t. XX, n° 2, p. 145).

COTTE et de ROUGEMONT. — L'interposition de l'utérus dans le traitement des prolapsus génitaux (*Soc. de Chir. de Lyon*, 8 mars 1923).

COUNSELLER et STACY. — Résultats des différentes opérations pour prolapsus utéro-vaginal (*The Journal of the American Medical Association*, 4 octobre 1930, vol. XCV, n° 14, p. 983-987).

COUVREUX. — Prolapsus utéro-vaginaux et gestation (*Le Progrès Médical*, 15 septembre 1923, n° 37).

Mme V. CREMER. — Prolapsus génital sénile : procédé de Le Fort (*Thèse Paris* 1925).

CRILE. — Procédé de suspension de l'utérus dans le prolapsus (*Annals of Surgery*, septembre 1925, vol. LXXXII, n° 3).

CRON. — Prophylaxie et traitement du prolapsus utérin (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, novembre 1926, vol. XLIII, n° 5).

CROUSSE. — Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin (*Bruxelle Médical*, 3 février 1929, an IX, n° 14).

DAMM. — Sur le traitement opératoire du prolapsus utérin, en particulier par la méthode d'interposition (*Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1928, vol. VII, f. 3).

DE FOURMESTRAUX. — Sur le traitement des prolapsus génitaux des femmes âgées (*Bruxelles Méd.*, 15 novembre 1923, n° 3 et *Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 332).

DE FOURMESTRAUX. — Société de Chirurgie de Paris, 1923.

DE FRESQUET. — Suspension du col utérin dans les prolapsus génitaux. — Technique opératoire (*Thèse Paris* 1928).

DELANGLADE. — La myorrhaphie antérieure des releveurs (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris 1902, t. XXVIII, p. 1140).

DELBET. — Prolapsus utérin (*Journal des Praticiens*, 23 mai 1914, T. XXVIII, n° 21).

DELBET. — Prolapsus génitaux *Journal des Praticiens*, 25 janvier 1930, an XLIV, n° 4).

DELBET Paul. — Résultats opératoires dans le traitement des prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.*, 1923, p. 410).

DELFINO. — Traitement du prolapsus utérin par implantation d'une greffe libre de fascia lata (*Revista di Chirurgia*, janvier-février 1922, t. I, n° 1).

DELIVET. — De la colpectomie totale (*Thèse Paris* 1920).

DELVAUX. — La résistance anticancéreuse du col dans le prolapsus total de la matrice (*Bruxelles Méd.*, 18 janvier 1930, an XI, n° 12).

DE MUYLDER. — Traitement du prolapsus utéro-vaginal total ; cure rationnelle ou anatomique ; résultats éloignés (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 28 avril 1928, 5^e série, T. VIII, n° 4).

DE MUYLDER. — Cure rationnelle ou anatomique du prolapsus utéro-vaginal total (*Le Scalpel*, 1^{er} septembre 1928, t. LXXXI, n° 35).

DESMAREST. — La colpectomie totale dans le traitement des grands prolapsus vaginaux (*American Journal of Surgery*, novembre 1920, t. XXXIV, n° 11).

DESMAREST. — Rapport de Savariaud (*Soc. de Chir. Paris* 1920, p. 662 à 665).

DE VREESE. — La cure des prolapsus génitaux (*Journal de Chirurgie belge*, 1914, T. XIV, n° 2, p. 63 à 71).

DIETRICH. — Le traitement des prolapsus utérins (*Klinische Wochenschrift*, 4 mars 1924, an III, n° 10).

DOLERIS. — Les ptoses génitales (*Travaux Pratiques d'Obstétrique et de gynécologie* 1903).

DUJARIER Ch. — De la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 334).

DUJARIER et LARGET. — Technique opératoire de la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées (*Journal de Chir.*, mars 1925, t. XXV, n° 3, p. 283 à 294).

DUVAL et PROUST. — Technique de la suture des releveurs au cours de la périnéorrhaphie (*Presse Médicale* 1902).

DUVERGEY. — Des dangers éloignés de l'hystéropexie abdominale chez les femmes jeunes (*Soc. de Méd et de Chir. de Bordeaux*, 14 mai 1920).

DUVERGEY. — Traitement des prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.* 1923, p. 374).

J-L. FAURE. — Congrès français de Chirurgie 1923. Discussion.

FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale 1928, 4^e édition, t. I, p. 435 à 445.

FENESTRE. — De la restauration plastique du périnée dans les déchirures anciennes et complètes. Suppression de la suture rectale (*Thèse Paris*, 1910-1911).

FOTHERGILL. — Sur les opérations vaginales pour prolapsus génitaux (*British Medical Journal*, 13 février 1926, n° 3398).

FRAENKEL. — Les principes du traitement des prolapsus génitaux : la technique de la ventro-fixation du vagin (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, juin 1927, vol. XIII, n° 6).

FRANKE. — Sur l'opération des rétroflexions et prolapsus de l'utérus (*Zentralblatt für Gynäkology*, 28 juin 1924, an XLVIII, n° 26).

GASTON. — L'opération de Müller dans les grands prolapsus (*Thèse Paris*, 1910).

GENTIL. — Traitement préventif du prolapsus au cours de

l'hystérectomie abdominale (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 367).

GERNEZ. — Société de Chirurgie, Paris 1923, p. 739.

GERNEZ. — Congrès français de Chirurgie, Paris 1923, p. 376. Discussion.

GOULLIoud. — Des résultats éloignés de la triple opération dans les prolapsus utérins (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 377).

GOURDET. — Congrès français de Chirurgie, Paris 1923, p. 359. Discussion.

GRAD. — Résultats définitifs dans 53 cas de prolapsus utérins opérés (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, août 1924, vol. VIII, n° 2, p. 163-171).

GRAY WARD. — Traitement de l'entéro-rectocèle seule ou associée au prolapsus utérin (*The Journal of the American medical Association*, 26 août 1922, t. LXXIX, n° 9).

GUÉNARD. — De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly (*Thèse Paris*, 1902-1903).

GUILLAUME-LOUIS. — Utilité de l'hystéropexie dans le traitement des prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.*, 1923, p. 406).

GUYOT J. — Congrès français de Chirurgie, Paris 1923, p. 373. Discussion.

HAIM. — Sur la suture des releveurs dans les opérations pour prolapsus génital (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 21 janvier 1928, an LII, n° 3).

HALTER. — Contribution statistique aux opérations pour prolapsus et rétroflexion de l'utérus (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 24 avril 1926, an L, n° 17).

HARTMANN H. — Gynécologie opératoire, Paris 1911, Colpectomie, p. 156).

HARTMANN H. — Des prolapsus génitaux (*Gynécologie et Obstétrique*, Paris 1921, t. III, n° 4, p. 245-256 et n° 5, p. 327-342).

HARTMANN H. — Quelques réflexions à propos du traitement des prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 309).

HARTMANN H. — La colpectomie totale dans le prolapsus total des femmes âgées (*Gynécologie et Obstétrique*, 1925, t. XI, n° 6).

HAUTEFORT. — La suspension du col après hystérectomie subtotale comme moyen de traitement préventif ou complémentaire

dans les prolapsus génitaux (*Bull. et Mém. Soc. Chirurghiens de Paris*, 15 juin 1928, t. XX, n° 11).

HEIDLER. — Le traitement chirurgical du prolapsus génital (*Der Chirurg*, 15 novembre 1930, an II, n° 22, p. 1009-1013).

HEINSIUS. — Inversion de la vessie et prolapsus total de l'utérus et du vagin à la suite d'une ulcération chronique de la vulve (*Zeitschrift für Gynäkologische Urologie*, février 1912, t. III, n° 3, p. 97 à 110).

HELLENDALL. — La ventrofixation du moignon utérin après amputation supra-vaginale ou du dôme vaginal après l'hystérectomie totale, dans les cas de prolapsus simultané du vagin et de l'utérus (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 14 février 1925, an XLIX, n° 7).

HENPEL. — L'exohystéropexie dans le traitement du prolapsus total des vieilles femmes (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 12 août 1927, an LIII, n° 33).

HENKEL. — L'incision médiane profonde, vagino-périnéale comme moyen de prévenir le prolapsus (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 27 mars 1926, an I, n° 13).

HITELSON. — L'opération de Schauta-Wertheim dans le prolapsus de l'utérus (*Roussky Vrach*, 14 juillet 1912, t. XI, n° 28, p. 1184 à 1188).

HOMANS. — Traitement des prolapsus utérins avec rectocèle (*Annals of Surgery*, 3 septembre 1925, vol. LXXXII, n° 3).

HÜSSY. — L'opération de Kielland dans le prolapsus utérin (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 10 novembre 1928, an III, n° 45).

HÜSSY. — Le traitement du prolapsus génital de la femme (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 5 juillet 1930, an LX, n° 27 et 12 juillet 1930, an LX, n° 28).

IMBERT. — Sur le traitement des prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 324).

IMBERT. — Sur le traitement des prolapsus génitaux (*Marseille Médical*, 5 février 1924, an LXI, n° 4).

IRIBARNE et CONTRERAS ORTIZ. — L'opération de Bouilly pour le traitement du prolapsus utérin avec hypertrophie du col (*Revista del Circulo Medico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina*, mars-avril 1930, an XV, n° 343-344).

JACOB Gustave. — Prolapsus des femmes âgées : traitement par la colpectomie totale, conservatrice de l'utérus (*Thèse Paris*, 1921).

JAGOT. — La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génitaux (*Thèse Paris*, 1929).

JAYLE F. — Sur le traitement des prolapsus (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 349).

JEAN et VILLECHAISE. — Cancer du col dans un cas de prolapsus utérin complet (*Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 9 mai 1925, t. LI, n° 15. Rapport de Dujarier, discussion).

JEFF MILLER. — Les indications et les résultats de l'interposition de l'utérus dans le traitement de la cystocèle et du prolapsus utérin (*Surgery Gynecology, and Obstetrics*, mars 1924, t. XXXVIII, n° 3).

JOHNSON. — Résultats éloignés de l'interposition utérine pratiquée contre le prolapsus utérin et la cystocèle (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, avril 1926, vol. XLII, n° 4).

JOLLY. — Le traitement opératoire du prolapsus complet de l'utérus (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, 1910, t. LXVI, f. I, p. 19).

JUVARA — Traitement du prolapsus génital chez les vieilles femmes par le procédé de cloisonnement du vagin (*Presse médicale*, 1910, t. XVIII).

KOEPELIN. — Hystérectomie vaginale pour prolapsus (*La Loire Médicale*, 15 mars 1912, t. XXXI, n° 3, p. 95 à 99).

KÖHLER. — Sur l'opération de Kielland contre le prolapsus (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 20 août 1927, an LI, n° 34).

LABADIE-LAGRAVE et LÉGUEU. — Traité de Gynécologie, 1914, 4^e édition, p. 472.

LAPEYRE. — Congrès de Chirurgie, Paris 1908, p. 276.

LAPEYRE. — Le prolapsus de l'utérus chez les nullipares jeunes est justiciable de l'hystéropexie abdominale ; les autres prolapsus génitaux sont justiciables des opérations vaginales (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 402).

LAPOINTE. — Les opérations conservatrices dans le traitement du prolapsus génital (*La Clinique*, 1909, t. IV).

LAPOINTE. — Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris, 25 mai 1920, n° 18, p. 763.

LARDENNOIS, de Reims. — A propos du traitement chirurgical des prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 396).

LAURENTIE. — Traitement du prolapsus génital complet chez

les femmes âgées (*Gynécologie et Obstétrique*, mai 1927, t. XV, n° 5).

LAUWERS. — L'exohystéropexie dans le traitement du prolapsus utérin (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 1911, t. XXV).

LECÈNE et LERICHE. — Prolapsus génitaux (*in Thérapeutique Chirurgicale*, 1926, t. III, p. 522 à 527, Masson, éditeur).

LECLERC. — Le traitement de prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.*, 1923, p. 370).

LEGUEU. — Hystérectomie abdominale et prolapsus utérin (*Congrès de Chir.*, 1901).

LEJARS. — Semaine médicale, 21 mai 1913, p. 246.

LE JEMTEL. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 400).

LENORMANT. — L'association du prolapsus rectal et du prolapsus utéro-vaginal : L'hystéro-colopexie et ses indications (*La Gynécologie*, juin 1913, t. XVII, n° 6, p. 325).

LENORMANT et PETIT-DUTAILLIS. — Indications et résultats de l'opération de Bouilly (*La Gynécologie*, avril 1914).

LE NOUENE L. — L'opération de Watkins-Wertheim-Schauta (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 356).

LEO. — Statistique personnelle des interventions pratiquées pour prolapsus utérin (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 316).

LOICQ René. — Résultats du traitement du prolapsus génital complété par l'opération de Bouilly (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 308).

LOISON. — Opération de Freund-Wertheim-Schauta dans la cure de certains prolapsus génitaux (*Thèse Lyon*, mars 1920).

LONGUET. — L'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin (*Gazette des Hôp.*, 1898, n° 108).

MANDELSTAMM. — Principes du traitement des prolapsus génitaux (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 29 novembre 1924, an. XLVIII, n° 48).

MARION. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, mai-juin 1929, p. 465.

MARION. — Société de Chirurgie, Paris 19 mars, 1919.

MARION et J.-L. FAURE. — Deux cas de prolapsus génital des

vierges traités par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas (*Soc. de Chir.*, Paris 1908, 14 octobre).

MARTIN. — Utilisation plastique de l'utérus dans la cure des prolapsus génitaux (*Revue de Chir.*, 10 août 1928, t. XXXVIII, n° 8, p. 243 à 268).

MARTIN. — Fibrome et prolapsus génital (*Réunion obstétricale et Gynécologique de Toulouse*, 7 mars 1912. Discussion).

MARTIN. — Le prolapsus génital (*Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, janvier 1914, t. XXXIX, n° 1).

MATHES. — Questions relatives aux prolapsus et aux rétroflexions de l'utérus (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 8 octobre 1921, t. XLV, n° 40).

MAYER. — Résultats éloignés des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès franç. de Chir.*, 1923, p. 306).

MAYO. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin et de la paroi vaginale (*The Journal of the American Medical Association*, 19 octobre 1912, t. LIX, n° 16).

MAYOR. — Résultats éloignés des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Bruxelles Médical*, 20 décembre 1923, t. IV, n° 7).

MICHEL. — Traitement des prolapsus utérins (*Congrès franç. de Chir.*, Paris 1923, p. 391).

MOCQUOT. — Prolapsus génitaux (in *La Pratique Médico-Chirurgicale*, Paris 1931, 3^e édition, t. VII).

MONOD et VANVERTS. — Traité de Technique Opératoire, Paris 1908, 2^e édition, t. II, p. 185.

MÜLLER. — Traitement chirurgical du prolapsus utérin par l'interposition vésico-vaginale de la matrice d'après Schauta et opération complémentaire de Kielland (*Gynécologie et Obstétrique*, décembre 1927, t. XVI, n° 6).

MÜLLER. — Prolapsus utérin (*Nederlandsch Tidschrift voor Geneeskunde*, 31 janvier 1931, an LXXV, vol. I, n° 5).

NEUGEBAUER A. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1881, t. V, f. 3, p. 25.

NIGEL STARK. — Occlusion de l'orifice utérin consécutive au traitement chirurgical d'un prolapsus utéro-vaginal (*The British Medical Journal*, 30 août 1924, n° 3322, p. 358).

NORA. — Prolapsus génital total chez les femmes âgées (*Thèse Paris*, 1924, Arnette, éditeur).

O'CONOR. — Prolapsus utérin : ventro-fixation (*The Lancet*, 1^{er} avril 1911, t. CLXXX, n° 4570).

OLSEN. — Sur le traitement du prolapsus utérin (*Ugeskrift for Laeger*, 28 février 1924, an LXXXVI, n° 9).

PALMER FINDLEY. — Prolapsus de l'utérus compliquant la grossesse (*The Journal of the American Medical Association*, 30 décembre 1911, t. LVII, n° 27).

PASCAL A. — Presse Médicale, 24 juillet 1916, p. 323.

PATEL. — Cure du prolapsus utérin total par la colopexie ligamentaire avec hystéropexie (XXIX^e Congrès de l'Association franç. de Chir., Paris 4-9 octobre 1920).

PATEL. — Société de Chirurgie, Lyon, 1920.

PATEL. — De la nécessité de la fixation abdominale de l'utérus dans le traitement des prolapsus génitaux (Congrès franç. de Chir., Paris 1923, p. 389).

PAUCHET. — La Pratique Chirurgicale illustrée, f. V., chap. XII, 2^e édition.

PAUCHET. — Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales (*La Clinique*, 11 juillet 1913, t. VIII, n° 28).

PAUCHET. — Traitement du prolapsus total des vieilles femmes (*La Medicina Ibera*, 8 août 1925, t. IX, n° 405).

PAUNZ. — Comment doit-on opérer les récidives survenues à la suite de l'opération de Schauta-Wertheim (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 12 mai 1923, t. XLVII, n° 19).

PAYNE, Norfolk. — Prolapsus génital après hystérectomie totale (*Archiv of Surgery*, avril 1930, t. XX, n° 4, p. 636-642).

PETIT-DUTAILLIS. — Effondrement pelvien chez la femme (in Pauchet, *la Pratique Chirurgicale Illustrée*, f. XIV, chap. XV).

PEYRIN. — Contribution à l'étude de l'opération de Schauta-Wertheim (*Thèse Lyon*, juillet 1912).

PHANEUF. — Les prolapsus génitaux (*Bulletin Médical de Québec*, décembre 1924, an XXV, n° 12).

PHANEUF. — Prolapsus du cul-de-sac de Douglas ou entéroccèle vaginale postérieure (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, avril 1925, vol. IX, n° 4, p. 507-519).

PHANEUF. — Le traitement du prolapsus complet des femmes âgées par l'interposition de l'utérus (*Bruxelles Médical*, 20 février 1927, an VII, n° 47).

PLACINTIANU. — Prolapsus génital et cystocèle traités par le procédé d'Abadie (D'Oran) (*Spitalul*, mars 1931, an LI, n°3).

POBLACION. — Traitement du prolapsus utérin (*La Medicina Ibera*, 18 septembre 1926, an X, t. XX, vol. II, n° 463).

POLK. — Prolapsus utérin : plicature sus-pubienne du vagin combinée à un raccourcissement des ligaments ronds et utéro-sacrés (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, septembre 1912, t. XV, n° 3).

POLLOSSON. — Hystérectomie abdominale totale avec colpopexie (*Lyon Médical*, 1906).

PORGES et ZIMMER. — Le traitement opératoire du prolapsus génital (*Archiv. für Gynäkologie*, juin 1929, t. CXXXVI, f. 3, p. 528-549).

POTOCKI. — Traitement du prolapsus utérin (*Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1912, an XXXIX, 2^e sem., t. IX).

POZZI. — Traité de Gynécologie, 1905, 4^e édition, t. I, p. 713. Société de Chirurgie 1894 et 1908.

PRIBRAM. — Données cliniques sur la thérapeutique du prolapsus génital chez la femme (*Archiv. für Gynäkologie*, 16 février 1922, t. XCV, f. 3, p. 479-496).

PRIBRAM. — Klinische Wochenschrift. Berlin, 4 juin 1923, an II, n° 23.

PRINCETEAU et CANUYT. — Prolapsus total de l'utérus causé par fibrome utérin (*Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 27 novembre 1911).

PROUST. — Prolapsus du rectum traité par la colopexie et le cerclage de l'anus. De l'association des prolapsus rectaux et génitaux. De l'hystéro-colopexie (*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris*, 29 avril 1913, t. XXXIX, n° 15, p. 637 à 645).

QUENU. — Société de Chirurgie 1893, t. XIX ; 1894, t. XX ; Gynécologie et Obstétrique 1894.

RASTOUIL. — Communication sur le traitement des prolapsus génitaux (*Congrès français de Chirurgie* 1923, p. 414).

REYNIER. — Congrès français de Chirurgie 1896.

REYNES Henri. — De l'emploi des fils métalliques perdus dans le traitement des prolapsus (*Congrès français de Chirurgie*, Paris 1923, p. 406).

RICHELOT. — Sur le traitement des prolapsus génitaux (*Annales de Gynécologie* 1896, chirurgie de l'utérus, p. 87).

RICHELOT. — Congrès français de chirurgie 1896.

ROUFFART. — Contribution au traitement du prolapsus utérin et trachélorraphie postérieure par laparotomie (*Société belge de Chirurgie*, 26 mars 1910).

ROUFFART. — Traitement opératoire du prolapsus utérin (*Société hollandaise de Chirurgie*, 1^{er} mai 1910).

ROUHIER. — Traitement chirurgical des prolapsus utéro-vaginaux (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1931, p. 490 à 500).

ROUSSEAUX. — Traitement de certains prolapsus par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas (*Thèse Paris*, 1908-1909).

ROUSSEL. — Traitement chirurgical du prolapsus génital complet (*Congrès français de Chirurgie*, 1923).

ROUTIER. — *Congrès français de Chirurgie*, 1896.

RUDAUX. — Prolapsus de l'utérus gravide (*La Clinique*, 14 mars 1913, t. VIII, n° 14).

RUSHMORE. — Opération des prolapsus accentués de l'utérus (*The Boston Medical and Surgical Journal*, 30 novembre 1911, t. CLXV, n° 22).

SABADINI. — Prolapsus génital des femmes âgées : traitement opératoire par le cloisonnement du vagin (procédé de Le Fort) (*Thèse Paris*, 1923).

SALVA MERCADÉ. — *Société de Chirurgie*, Paris 19 mars 1919).

SAMMEL. — Sur la valeur de l'amputation du corps utérin par voie vaginale et son indication dans le prolapsus utérin (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 17 octobre 1925, an XLIX, n° 42).

SANGUES et COTTE. — Traitement des prolapsus utérins par l'opération de Le Fort (*Société de Chirurgie de Lyon*, 26 février 1925).

SANTINI. — Sur la cure du prolapsus génital chez la femme et sur la valeur de la méthode de Ruggi (*Annali di Obstetricia e Ginecologia*, mai 1908, n° 5).

SAVARIAUD. — L'opération de Müller (*Gynécologie et Obstétrique*, Paris 1906, t. III, p. 20). (*Bulletin de la Société anatomique* 1906, t. XXXI). (*Société de Chirurgie* 1919). (*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris*, 11 mai 1920, n° 16).

SAVARIAUD. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*XXXII^e Congrès français de Chirurgie*, Paris 1923).

SAVARIAUD et DUJARIER. — *Société de Chirurgie*, Paris, 30 mars 1923, p. 810.

SHAW. — Résultats de l'opération de l'interposition dans les cas de prolapsus utérin (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mars 1922, t. XXXIV, n° 3).

SCHICKELÉ. — L'opération type du prolapsus vaginal (*Congrès français de Chirurgie*, 1923, p. 336).

SCHWARTZ et HUARD. — Le prolapsus génital : Etude des indications opératoires (*Paris Médical*, 19 décembre 1931, p. 520 à 525).

SELLHEIM. — Quelques figures et quelques remarques sur les moyens de réparer le plancher pelvien avant et pendant les opérations pour prolapsus (*Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, août 1912, t. XXXVI, f. 2).

SELLHEIM. — Limitation des indications opératoires dans les rétroflexions ; leur extension dans les prolapsus (*Münchener medizinische Wochenschrift*, janvier 1924, t. LXXI, n° 1).

SÉNÉCHAL. — Traitement des volumineux prolapsus génitaux (*Congrès français de Chirurgie*, Paris 1923, p. 415).

SIREDEY A. — Congrès français de Chirurgie, Paris 1923, p. 343. Discussion.

SMITH. — Résultats éloignés d'une opération nouvelle pour cystocèle (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juillet 1924, vol. XXXIX, n° 1).

SOKOLOFF. — Historique sur la priorité de l'opération de Le Fort (*Annales de Gynécologie*, 1884, t. XXI, p. 13).

SOLMS. — Une méthode opératoire pour le traitement des prolapsus utérins graves (ventro-fixation symphysienne de l'utérus) (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 30 janvier 1926, an L, n° 5).

STÖCKEL. — Sur l'opération de Wertheim-Schauta pour prolapsus génital (*Archiv. für Gynäkologie*, 1910, t. XCI, f. 3, p. 546).

STÖCKEL. — De l'opération de Wertheim-Schauta contre le prolapsus utérin (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol.*, 1912, t. LXXI, f. 1 et 2, p. 212 à 220).

STONE. — Le procédé de l'interposition dans le traitement des prolapsus utérins (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Washington*, 12 janvier 1912).

SWINGHEDAUW. — Le traitement des prolapsus génitaux (*Le Nord Médical*, 15 février 1927, an XXXIV, n° 648).

TAILHEFER E. — Traitement du prolapsus utérin total des vieilles femmes par la colpectomie de Müller-Savariaud faite

sous anesthésie locale et modifiée par l'ablation de la muqueuse du col utérin et le drainage de celui-ci (*Congrès français de Chirurgie*, Paris 1923, p. 383).

TÉMOIN. — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux (*Thèse Paris*, 1884).

THÉVENARD. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès français de Chirurgie*, 1923, p. 392).

THOMSON. — Une opération pour prolapsus (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 6 septembre 1924, an XLVIII, n° 36).

TUFFIER. — Congrès français de Chirurgie, 1896, p. 675.

VANVERTS. — Bull. et Mém. Soc. Chirurgie de Paris, 1910, p. 1299.

VANVERTS. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès français de Chirurgie*, 1923, p. 362).

VENOT A. — Journal de Médecine de Bordeaux, 25 août 1919.

VIGNARD. — Colpectomie par le procédé de Müller (*Gazette Médicale de Nantes*, 20 juin 1908, n° 25).

VINEBERG. — Les résultats éloignés des différents procédés opératoires appliqués au prolapsus utérin avec cystocèle étendue avant et après la ménopause (*American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, novembre 1912, t. LXVI, n° 5).

VINEBERG. — Hystérectomie vaginale supracervicale avec interposition du moignon du col dans le traitement de la cystocèle et du prolapsus associé à l'hypertrophie de l'utérus (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1921, t. II, n° 4, p. 368 à 374).

VIOLET. — VI^e Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique Toulouse, septembre 1910.

Von HOLST. — Sur le traitement opératoire du prolapsus, utérin (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 3 février 1912, t. XXXVI, n° 5).

Von HOLST. — Sur le traitement opératoire des prolapsus utérins : Traitement opératoire de la rétroflexion (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 16 juillet 1927, an LI, n° 29).

WAGNER. — Une opération pour les grands prolapsus génitaux (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 13 juillet 1912, t. XXXVI, n° 28, p. 917 à 924).

WALLICH. — Eléments d'Obstétrique,

WALTHER. — Congrès français de Chirurgie, 1908, p. 298.

WALTHER. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès français de Chirurgie*, Paris 1923, p. 339).

WATKINS (T. J.). — *American Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1899, t. XV, p. 420-423.

WATKINS. — Traitement opératoire des cystocèles et prolapsus utérins très accusés (*Société Américaine de Gynécologie*, avril 1909, XXXIV, Congrès annuel).

WATKINS. — Le traitement opératoire des cystocèles et prolapsus utérins très accusés (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, mai 1909, t. VIII, n°5).

WATKINS. — Transposition de l'utérus et de la vessie dans le traitement de la cystocèle vaginale étendue et du prolapsus de l'utérus (*The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, février 1912, t. LXV, n° 2, p. 225 à 242).

WERNER. — L'interposition utéro-vésicale abdominale (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 22 août 1925, t. XLIX, n° 34).

WERTHEIM. — Sur la technique de l'interposition utérine par la cure du prolapsus génital (*Archiv für Gynäkologie*, 1914, t. CII, f. 2, p. 201 à 206).

WILLEMS. — Les principes du traitement du prolapsus génital (Congrès français de Chirurgie, 1923).

WYATT (J. M.). — L'opération de Le Fort pour prolapsus génital : 8 observations (*Société Royale de Médecine de Londres*, décembre 1912).

ZANCAROL. — Société de Chirurgie, Paris 1879.

ZAWADZKI (Alexandrie). — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux (*Congrès français de Chirurgie*, Paris 1923, p. 314).

ZLATANOVITCH (Dragoïla). — Thèse Toulouse 1923.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	11
Historique	13
Etude anatomique et physiologique du périnée.....	19
les connexions utérines.....	19
les moyens de suspension	21
les moyens de soutien.....	25
Etiologie et mécanisme des prolapsus génitaux	31
les causes prédisposantes	32
les causes déterminantes.....	38
Anatomie pathologique.....	45
les prolapsus partiels	46
les prolapsus totaux.....	50
les lésions associées au prolapsus.....	51
Traitement chirurgical du prolapsus génital partiel.....	55
les opérations par voie haute.....	55
les opérations par voie basse.....	62
Statistique opératoire des prolapsus partiels et résultats éloignés.....	77
Traitement chirurgical du prolapsus génital total	79
les opérations conservatrices.....	81
les opérations mutilantes	87
Statistique opératoire des prolapsus totaux et résultats éloignés.....	107
Observations.....	113
1° les prolapsus partiels	113
2° les prolapsus totaux.....	157
3° les prolapsus après hystérectomie subtotale.....	163
Conclusions.....	167
Bibliographie.....	171

1932. St-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC
